FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 21 Mars 1893

PAR

ÉMILE VAN PETEGHEM

Né à Lille (Nord), le 25 Août 1866

DES ENDOMÉTRITES

DE

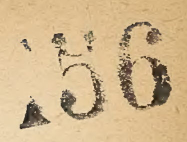
LA MÉNOPAUSE

Président : M. TARNIER, *professeur*.

Juges : MM. { DUPLAY, *professeur*.
MAYGRIER et DELBET, *agrégés*.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE
OLLIER-HENRY
11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13
PARIS
1893



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893 — **THÈSE** N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 21 Mars 1893

PAR

ÉMILE VAN PETEGHEM

Né à Lille (Nord), le 25 Août 1866

DES ENDOMÉTRITES

DE

LA MÉNOPAUSE

Président : M. TARNIER, *professeur.*

Juges : MM. { DUPLAY, *professeur.* MAYGRIER et DELBET, *agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

PARIS

1893

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY. DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	N....
Pharmacologie	POUCHET
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM,
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUSS.
Clinique médicale	G. SEE. POTAIN. JACCOUD. PETER.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	N....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	TILLAUX. LE FORT DUPLAY. LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	TARNIER. PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.

ALBARRAN.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
ANDRE.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROGER.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SEBILLOT,
BAR.	GILBERT.	NELATON.	SCHWARTZ.
BRISSAUD.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des travaux anatomiques.	VARNIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.		VILLEJEAN.
CHARRIN.	LEJARS.		WEISS.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	
DEJERINE.	MARFAN.	RETTERER.	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

ET DE MES SŒURS

A MON PÈRE

LE DOCTEUR VAN PETEGHEM

EXERÇANT A LILLE (NORD)

DEPUIS 1857

C'est à vous surtout, vher Père, que je dédie cette thèse, bien humble hommage de mon respect, bien faible dédommagement de vos sacrifices et de vos soins, mais très sincère remerciement de vos bontés et de vos conseils éclairés. Puissent votre affection et votre expérience m'être longtemps conservées; elles m'aideront à trouver moins lourd l'honneur de vous succéder dans la carrière médicale.

A MA SŒUR ET A MES FRÈRES

A MA TANTE

MADEMOISELLE CLÉMENCE LANDRIEU

A MA FIANCÉE

Mademoiselle Clotilde DU CELLIER

ET A TOUTE SA CHÈRE FAMILLE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A TOUS MES MAITRES

DE LA FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE DE LILLE

A MONSIEUR LE DOCTEUR DURET

DOYEN ET PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A LA FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE DE LILLE

ANCIEN CHIRURGIEN DES HÔPITAUX DE PARIS

MEMBRE CORRESPONDANT

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

A MES MAITRES

DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR TARNIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

CHIRURGIEN EN CHEF DE LA MATERNITÉ

ANCIEN PRÉSIDENT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

DES ENDOMÉTRITES

DE LA

MÉNOPAUSE

INTRODUCTION

L'opinion générale est que les inflammations de la muqueuse utérine s'atténuent ou disparaissent à l'époque de la ménopause; que cet âge de la vie de la femme est favorable à la guérison spontanée de ces affections. Becquerel (1) dit qu'à pariir de ce moment la maladie disparaît généralement d'elle-même, Duparcque (2) qu'elle s'améliore notablement. Henri Bennet (3), en parlant de la métrite chez la jeune femme, est d'avis que s'il était possible de supprimer pendant six mois le flux cataménial, on guérirait facilement toutes les phlegmasies utérines. D'après Gallard (4), au moment de la ménopause, la

(1) Becquerel. — Gazette des hôpitaux, 1859.

(2) Duparcque. — Traité théorique et pratique sur les altérations organiques simples et cancéreuses de la matrice.

(3). H. Bennet, — Traité pratique de l'inflammution de l'uterus, de son col et de ses annexes.

(4) Gallard. — Leçons cliniques sur les maladies des femmes.

métrite chronique peut guérir spontanément; *sublatâ causâ, tollitur effectus.*

Scanzoni (1) déclare qu'il n'a rencontré aucun cas où les symptômes de la métrite chronique eussent fait leur première apparition pendant la ménopause ou peu de temps après.

Lisfranc ne partage pas cette opinion, et, dans ses cliniques de la Pitié, il s'exprime très clairement à ce sujet. « Elle est extrêmement fréquente à l'époque de la cessation des règles, et pendant un temps assez long après cette cessation ; l'observation journalière a démontré ce fait : je suis étonné qu'il ait échappé à beaucoup de médecins. » Aran (2) revient plusieurs fois sur ce sujet ; pour lui, *l'influence curative de la ménopause est loin d'être démontrée.* Quant aux auteurs modernes, ils constatent bien l'existence des endométrites de la ménopause, mais ils n'en donnent pas de description.

On comprend très bien que la congestion mensuelle qui se fait du côté de la muqueuse utérine mette un temps d'arrêt à la guérison de l'endométrite, et que cette affection puisse guérir plus facilement au moment de la ménopause Il n'en est pas moins vrai *qu'on en rencontre des cas encore très rebelles à cet âge.* Il y a donc des exceptions qui ne laissent pas que d'embarrasser le clinicien ; c'est pourquoi il importe de les connaître ainsi que leurs causes et leurs remèdes.

L'hôpital est un champ très restreint pour une pa-

(1) Scanzoni. — Traité de la métrite chronique.

(2) Aran. — Leçon cliniques sur les maladies des femmes.

reille exploration ; rarement les malades y viennent demander des soins pour les accidents du retour d'âge. Aussi est-ce dans la pratique journalière de la ville que mon père a pu observer des cas de ce genre.

C'est d'après ses conseils et ceux de M. le Docteur Duret, ancien chirurgien des hôpitaux de Paris, qui a observé ces faits avec lui, que nous avons entrepris ce modeste travail. Qu'ils veuillent bien en recevoir l'hommage et nous pardonner si nous sommes resté trop au-dessous de notre tâche.

Nous prions M. le Professeur Tarnier de croire à notre respectueuse reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE I

DE LA MENOPAUSE

On désigne sous le nom de ménopause ou encore d'âge critique, l'époque de la vie à laquelle la femme cesse d'être menstruée. Cette phase existe normalement entre 40 et 50 ans.

La statistique de Pétrequin signalée dans la plupart des traités donne les chiffres suivants :

De 35 à 40 ans 1/8 atteint l'époque de la ménopause.

De 40 à 45 ans 1/4.

De 45 à 50 ans 1/2.

De 50 à 55 ans 1/8.

Dans les climats chauds, où la puberté est plus précoce, la ménopause se produit entre 38 et 45 ans. C'est que les femmes deviennent vite vieilles, et la fonction génitale commence rapidement son involution sénile Au contraire, dans les pays du Nord, la ménopause est un peu retardée. A Christiana, par exemple, et d'après la statistique de Rage elle survient à 48 ans 0/7.

On voit par là que les femmes menstruées de bonne heure cessent de l'être hâtivement et inversement : de telle sorte que la période d'activité génitale et de fécondité reste à peu près la même dans les deux cas.

Nous ne nous arrêterons pas à donner les nombreuses exceptions qui existent à cette règle générale.

Dès que la femme a franchi la période de la ménopause, elle éprouve ordinairement une sorte de bien être général; la santé souvent ébranlée se raffermit.

Telle personne, qui jusque là avait été constitutionnellement maladive, devient en possession d'une santé générale exellente. C'est qu'en effet, l'utérus quitte la scène, son rôle est terminé, cet organe est entré dans les limites de la sénilité. Il n'a que faire dans la physiologie et par suite dans la pathologie de la femme. Une loi générale de physiologie pathologique dit que plus un organe est actif dans les phénomènes vitaux, plus aussi il est sujet aux maladies.

Pendant toute la phase génitale, l'utérus et l'ovaire occupent dans la pathologie une place considérable. Toutes les affections dont ces organes sont le siège et l'origine peuvent disparaître, on le comprend, dès le moment où l'involution sénile commence à s'effectuer, c'est-à-dire au moment où se fait la ménopause. Bien rarement les règles se suppriment définitivement d'un seul coup, ne reparaissant pas d'un mois à l'autre absolument comme si la femme était enceinte ; on a cependant signalé des cas pareils.

Habituellement le début de la ménopause se marque par des irrégularités dans le retour périodique des règles, qui avancent ou retardent. Souvent elles s'exagèrent ou bien diminuent d'abondance. Ces troubles menstruels sont presque constants.

Il est des cas où, peu à peu, les règles semblent s'arrêter définitivement ; puis, après un temps de re-

pos de quelques mois et même d'une année, elles réapparaissent encore une ou plusieurs fois.

Souvent, un flux hémorrhagique affectant ou non les allures périodiques remplace les menstrues. Certaines femmes ont des hémorroïdes, des epistaxis, des hématémèses, des hémoptysies même, au moment de la ménopause ; et ces accidents affectent une régularité remarquable dans leur retour

La tendance de beaucoup de gynécologistes modernes, tels que Godefroy, de Rennes (1869); Courty, de Montpellier ; de Sinety, Lutaud, Gallard, est d'admettre, se fondant sur des faits cliniques, que la fonction ovulaire et la fonction menstruelle doivent être disjointes l'une de l'autre. Celle-ci ne serait pas la conséquence de celle-la ainsi que le voulaient Négrier d'Angers (1840) ; Bischoff et Raciborsky. Il n'y aurait entre les deux qu'un simple rapport de coïncidence : ce seraient deux phénomènes se reproduisant aux mêmes époques chronologiques, mais l'une pouvant faire défaut sans que pour cela l'autre manquât aussi.

Nous admettons pleinement qu'une femme puisse ovuler sans menstruer et inversement. Néanmoins, nous regardons le sang des règles comme l'expression physiologique de la rupture de la vésicule de de Graaf et de la ponte ovulaire.

Quand la ménopause arrive, quand les règles ne paraissent plus, c'est que l'ovulation cesse : l'ovaire est devenu impuissant, son involution sénile commence, et, à partir de ce moment, de plus en plus privé de ses éléments actifs, spéciaux, des vésicules de de Graaf, il va s'atrophier, se scléroser et se trans-

former en une petite masse fibreuse privée de toute fonction génitale.

Concluons en disant que dans l'immense majorité des cas l'ovulation domine et provoque la menstruation.

L'indépendance de ces deux fonctions constitue plutôt une exception. La ménopause semble donc la cessation plutôt de l'ovulation que de la menstruation. Elle est le symptôme clinique du début de l'involution sénile de l'ovaire et elle indique que les modifications dont cet organe va être le siège sont imminentes.

La ménopause donne lieu à des symptômes qui peuvent être classés en deux ordres de groupes : les *normaux* et les *anormaux*.

Les phénomènes normaux consistent en troubles congestifs divers et plus ou moins marqués, suivant le cas. Tantôt insignifiants, ils se traduisent par quelques épistaxis; d'autres fois graves ils consistent en hémoptysies, hématémèses, rectorrhagies, etc.,

Lorsque ces *molimina hémorrhagica* ne peuvent pas s'écouler librement au dehors sous formes d'hémorrhagies supplémentaires, ils peuvent produire des congestions viscérales et, en particulier, celle du poumon et du cerveau.

Le système nerveux est, à cette période, plus ou moins hypéresthésié.

Le rythme du cœur est altéré ; on peut voir même l'asystolie de nature purement nerveuse.

L'oppression respiratoire reconnaît la même cause, ainsi que la congestion pulmonaire.

Les digestions sont pénibles : il y a dyspepsie gas-

tro-intestinale, de la gastralgie, de l'entéralgie, des migraines, des vertiges, des névralgies diverses.

Puis, peu à peu, tout rentre dans l'ordre : la fonction menstruelle s'est éteinte, indiquant la cessation de la fonction ovulaire.

Il y a cependant souvent des retours de cette dernière accidentellement et après plusieurs mois de silence de la part de l'ovaire; cet organe peut pondre un ou plusieurs ovules; et, à cette occasion, le flux menstruel réapparaît, mais peu abondant.

Nous devons maintenant nous occuper des modifications anatomiques subies, au moment de la ménopause, par l'utérus et la muqueuse utérine en particulier.

Nous empruntons cette étude basée sur des observations à la thèse de M. Collinet (1).

Lorsque la femme atteint l'époque de la monopause, le volume de l'utérus décroît : il s'atrophie. Aran a depuis longtemps signalé ce fait. — Wiliams a vu que les parois artérielles s'épaisissent et s'hypertrophient.

Nous pensons qu'ici, comme dans les autres territoires du système génital, il existe entre ces deux ordres de modifications, un rapport immédiat de cause à effet. L'artério-sclérose nous paraît précéder l'atrophie parenchymateuse interne.

A un âge plus avancé, l'orifice supérieur du col, celui qui sépare la cavité cervicale de la cavité uté-

(1) Marc Collinet. — Thèse de Paris, 1887. Des modifications des organes génitaux de la femme à l'époque de la ménopause.

rine, se resserre graduellement et peut arriver à s'oblitérer.

D'après M. le professeur Sappey il est bien rare cependant de constater la fermeture complète de cet orifice.

Le col commence à s'effacer à partir de l'époque de la ménopause : il devient petit, perd sa consistance, et, à un âge plus avancé encore, il est insignifiant.

Cette transformation est des plus importantes à connaître au point de vue séméiologique, car il faut se méfier d'une femme dont le col s'hypertrophie au moment du retour d'âge. C'est là l'effet d'un état pathologique de l'utérus, d'une endométrite, et, plus souvent encore, d'un cancer de cet organe.

Quant aux principales altérations histologiques que le microscope permet de constater dans de telles circonstances, nous pouvons les résumer en disant que la lésion initiale est de l'artério-sclorose ; consécutivement à elle, il se fait une sclérose diffuse qui, portant son action sur les éléments musculaires lisses de la matrice et exerçant sur eux une compression spéciale, les étouffe et les atrophie. L'élément actif de l'utérus, n'ayant désormais plus de rôle actif à remplir, se résorbe et est remplacé par du tissu cellulo-fibreux.

Il en est de même de la muqueuse utérine qui diminue d'épaisseur; l'épithélium qui la tapisse offre de fréquentes altérations. Les cellules s'atrophient, deviennent indifférentes de forme; leurs cils vibratiles tombent, leur protoplama se remplit de granulations colorables en noir par l'acide osmique, et de nature

graisseuse. En certains points, il est impossible de retrouver des traces de revêtement épithélial. Il semble s'être atrophié complètement, en dehors de tout processus inflammatoire ou érosif.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE

(*Voir nos observations inédites et personnelles I et II.*)

Des modifications anatomiques que nous venons de rappeler brièvement, il résulte plusieurs affections spécales aux femmes arrivées à la période de la ménopause. Nous ne parlerons que de celles qui font le sujet de notre thèse, à savoir des endométrites de la ménopause.

Nous devons dire préalablement que la pathologie de l'ovaire, de la trompe, de même que celle du péritoine et des ganglions lymphatiques s'efface, pour ainsi dire, au moment de la ménopause. Peu à peu ces organes s'atrophient et s'éloignent de plus en plus du terrain physiologique et pathologique.

Les ovarites, les salpingites, les lymphites, les adénolymphites et les pelvi-péritonites deviennent de plus en plus rares, et, lorsqu'elles existent, elles cessent d'être graves à partir du retour d'âge.

L'utérus peut encore seul rester en cause et subir

l'influence pathologique. Le cancer est même, comme on le sait, une affection de l'organe propre à cette période. Nous n'avons pas à nous en occuper ici.

Les symptômes des endométrites de la ménopause consistent surtout en troubles fonctionnels et sécrétoires : d'où les écoulements sanguins et les écoulements leucorrhéiques, ou purulents.

La nature de l'écoulement est variable suivant le caractère et le degré d'inflammation. Tantôt c'est un liquide muqueux si les glandes sont atteintes, tantôt un liquide puriforme s'il y a dégénérescence, tantôt c'est du sang, si ce sont les vaisseaux qui sont dilatés. Souvent aussi il y a un mélange de ces différents liquides, les mucosités peuvent être mélangées à du sang ou à du pus, ou bien encore il peut y avoir des alternatives.

Lorsqu'on a affaire à la forme hémorrhagique, les pertes de sang peuvent être très abondantes, avoir une longue durée et affaiblir les malades au point d'inspirer de l'inquiétude pour leur vie.

Il n'est pas inutile de parler ici de l'odeur. Les écoulements sont ordinairement inodores, mais ils peuvent être quelquefois fétides. Ce fait est signalé par Lisfranc (1) dans ses cliniques ainsi que dans Aran (2). « Dans quelques cas, l'endométrite chronique est accompagnée d'écoulements fétides ; mais cette fétidité n'est que momentanée, pour ainsi dire, et, pour un odorat exercé, ce n'est pas l'odeur fournie par le carcinome (Lisfranc). »

(1) Lisfranc. — Clinique de la Pitié.

(2) Aran. — Leçons cliniques sur les maladies des femmes.

« L'odeur fétide n'a rien en soi qui doive faire croire nécessairement à une maladie de mauvais caractère; car les sécrétions vaginales et utérines ont naturellement chez certaines femmes une véritable fétidité, et cette fétidité peut trouver encore facilement, dans des conditions particulières, dans la décomposition des liquides, et surtout dans la présence du sang, l'occasion de devenir plus marquée, sans qu'on en puisse rien conclure de défavorable pour les malades » (Aran).

En dehors de la nature et de l'odeur de l'écoulement, nous avons encore à nous occuper de sa quantité. Chez certaines femmes, les pertes sont très peu abondantes ordinairement ; chez d'autres, au contraire, elles le sont beaucoup ; chez d'autresencore, il n'y a pas de pertes habituelles, mais, à un moment donné, les douleurs abdominales sont plus vives, comme expultrices, et un écoulemeut plus ou moins abondant soit séreux, soit séro-purulent, soit séro-sanguin, se produit tout d'un coup et apporte aux malades un grand soulagement. Ce dernier cas se présente lorsqu'il y a atrésie de l'orifice interne, de quelque nature qu'elle soit. Elle peut être due, en effet, soit au resserrement qui se produit physiologiquement, après la ménopause, au niveau des colonnes du corps, soit à la production des végétations près de cet orifice, soit encore à une fluxion de l'utérus, surtout à la rétroflexion.

Nous devons signaler, comme second symptôme, la douleur qui a son siège de prédilection dans le bas-ventre ou dans la région sacrée, et s'irradie vers le

pubis, la région inguinale et le long de la cuisse, plutôt du côté gauche que du côté droit.

Ces douleurs sont quelquefois lancinantes, et si, chez la femme jeune, elles offrent des recrudescences au moment des règles, chez la vieille femme elles ont aussi ce caractère et deviennent comme expultrices; c'est lorsqu'il y a atrésie des orifices et que les liquides ne s'écoulent pas facilement.

Les malades accusent, en outre, une sensation de pesanteur au périnée, de plénitude dans le bassin; sensation très pénible pour les patientes à cause de sa continuité et de sa persistance.

Lorsque l'attention est attirée du côté de l'utérus par l'écoulement qui s'est produit et par les douleurs que nous venons de mentionner, on peut, par le palper abdominal, percevoir l'augmentation de volume et la dureté de l'utérus.

Au toucher, on trouve le col dans sa situation normale, gros, entr'ouvert, et l'on sent à sa surface des inégalités dues aux granulations. L'utérus est mobile, et, s'il n'y a pas eu de complications, il n'est pas abaissé. En pressant surl e col, on provoque de la douleur. « Dans certains cas, cette douleur est tellement intense que Routh en a fait une emdométrite spéciale, affectant plus particulièrement le fond de l'utérus et caractérisée, outre l'excès de la sensibilité, par des troubles psychiques revêtant la forme de l'hystérie ou de la catalepsie. On a aussi désigné des cas de ce genre sous le nom d'utérus irritable. » (De Sinéty.) (1).

(1) De Sinéty. — Manuel pratique de gynécologie.

Le spéculum vient confirmer les données fournies par le toucher, en montrant le col tuméfié, entr'ouvert, par lequel s'échappe en abondance un mucus filant, adhérent, et que l'on a quelque peine à détacher. Les lèvres sont rouges, gonflées, renversées en dehors (ectropion), et présentent des granulations et des ulcérations plus ou moins marquées. La muqueuse utérine est saillante, turgide, faisant hernie à travers l'orifice, et est le siège de végétations ou de fongosités.

Enfin le cathétérisme utérin nous montre la dilatation de la cavité du col et du corps, son augmentation dans tous les sens et principalement dans le sens vertical qui atteint 7 ou 8 centimètres. Souvent l'introduction de la sonde est difficile à cause du gonflement de la muqueuse, du resserrement des orifices, ou de la flexion du corps sur le col de l'utérus. En un mot l'utérus n'est pas revenu sur lui-même, il n'a pas subi l'atrophie de la ménopause.

Le *toucher utérin* par l'hystéromètre sert comme la bougie à boule de M. le professeur Guyon pour l'urèthre et la vessie, c'est-à-dire que par ce moyen on arrive à apprécier plus ou moins bien l'état anatomique de la muqueuse utérine, son augmentation de volume, sa sensibilité, sa friabilité, son état fongueux ou végétant, etc., en un mot à déterminer les diverses transformations anatomiques dont il a été question plus haut. Quelquefois l'hystéromètre revient souillé, taché de sang ou de mucus; c'est un signe dont il importe de tenir compte.

Souvent l'inflammation s'étend au vagin et même à

la vulve, et on trouve une rougeur qu'il ne faut pas attribuer à d'autres affections. A côté de ces symptômes on trouve des troubles de voisinage qui semblent s'y rattacher : ce sont les douleurs dans la miction, dues probablement à l'extension de la vaginité jusqu'au méat urinaire, et du ténesme rectal. Mais ces signes ne sont pas constants, et nous ne faisons que les signaler en passant.

Cette affection, d'abord purement locale, ne tarde pas à avoir du retentissement sur l'état général. Les accidents sont d'autant plus graves et plus précoces que la cavité du corps est plus en cause.

Le visage est pâle, jaunâtre et même terreux ; les yeux sont cernés, les traits tirés, la face amaigrie ; tous ces signes constituent ce qu'on a appelé le facies utérin.

L'appareil digestif est un des premiers atteints. Les malades éprouvent une sensation pénible au creux épigastrique ; ce sont des tiraillements, des faiblesses. L'appétit est troublé ; tantôt il est perdu, tantôt le besoin de manger se fait sentir très souvent, mais alors la digestion est languissante, difficile ; on observe du gonflement de l'épigastre, du balonnement du ventre , il peut y avoir des renvois, des aigreurs et même des vomissements. Presque toujours il y a une constipation opiniâtre qui alterne quelquefois avec de la diarrhée. Il y a aussi des troubles de la circulation et de la respiration, dûs surtout à l'anémie qui accompagne presque toujours l'affection qui nous occupe. Ce sont des palpitations, des étouffements,

de la faiblesse et une gêne de la respiration sous l'influence du moindre exercice.

Le système nerveux est aussi atteint. On rencontre des névralgies et aussi des troubles moraux. Nous ne disons pas que l'endométrite peut amener chez les femmes âgées tous les phénomènes qui caractérisent l'hystérie, mais elles deviennent tristes et sont très affectées de leur état. On voit des troubles nerveux que ne peut expliquer la lésion utérine.

M. de Scanzoni a encore signalé diverses éruptions cutanées : l'éczéma chronique, l'acné, l'érythème, l'urticaire et la diathèse furonculeuse.

« Je connais, dit notre maître M. le professeur Duret, plusieurs personnes ayant passé l'âge de la ménopause qui, outre des pertes peu abondantes constituées par un liquide opalescent et très âcre, souffrent beaucoup d'un prurit vulvaire intense que rien ne peut calmer.

Celui-ci est provoqué par l'écoulement, et est tellement violent qu'elles sont obligées de céder à la sensation qui les porte à se gratter, à se déchirer jusqu'au sang. Chez l'une d'elles, le prurit se généralise à tout le corps et détermine des souffrances intolérables. Il n'y a cependant ni diabète, ni albuminurie.

On ne peut trouver, comme état général que l'arthritisme caractérisé par des dépôts uratiques et par quelques migraines. »

Enfin M. Gallard parle de taches brunes situées sur le front, les joues, le menton, analogues à celles que l'on rencontre si souvent chez les femmes en-

ceintes. Il en cite un exemple chez une femme qui n'avait jamais eu de grossesse.

Disons en terminant que dans l'endométrite hémorrhagique, observée chez la femme vers l'époque de la ménopause, c'est le corps surtout qui est malade et le col peut présenter un aspect relativement sain,

C'est dans les formes catarrhales et hémorrhagiques invétérées qu'on observe les profondes altérations de la muqueuse du corps devenue végétante, fongueuse, polypeuse. Cette prolifération exubérante de l'élément interstitiel et glandulaire peut aussi porter sur la muqueuse du col ; elle devient alors visible à l'extérieur et constitue un nouveau symptôme sans que pour cela l'affection mérite de changer de nom. Les *polypes muqueux* et les *hypertrophies folliculaires* du col sont une lésion de l'endométrite. L'aspect de ces polypes rappelle celui des polypes mous des fosses nasales ; ils sont rosés ou violacés, du volume d'un pois ou d'une noisette, tantôt avec un pédicule très mince, tantôt sessiles. Il est facile, par le spéculum et le toucher, de reconnaître leur nature.

L'hypertrophie folliculaire du col est formée par une végétation du tissu glandulaire dans l'épaisseur même d'une des lèvres, qui subit ainsi un allongement hypertrophique de consistance molle, d'aspect fendillé ou anfractueux et qui peut l'amener jusque près de la vulve.

Les polypes produisent souvent des hémorrhagies intermittentes graves ; l'allongement hypertrophique s'accompagne surtout de catarrhe.

La forme hémorrhagique peut entraîner des pertes

continuelles durant plusieurs semaines, avec de très courts répits. Certaines femmes sont ainsi amenées à un degré extrême d'anémie. L'écoulement du sang se fait le plus souvent sans coliques ; les malades se plaignent seulement de douleurs lombaires plus ou moins intenses, et présentent des points névralgiques variés.

Telle est en résumé la symptômatologie des endométrites de la ménopause.

CHAPITRE III

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Pour traiter ce chapitre, nous devons distinguer

1° les endométrites qui ont débuté avant la ménopause et qui continuent après ;

2° celles qui apparaissent au moment où commence la ménopause ;

3° celles qui surviennent seulement après la ménopause, chez des personnes qui antérieurement ont souffert longtemps d'endométrite chronique et qui depuis longtemps n'en éprouvent plus aucune incommodité : Il arrive, dit Krieger (1), que vers l'époque climatérique se fassent des congestions utérines accompagnées de leucorrhée, et que cette leucorrhée se reproduise encore pendant un temps variable après la cessation des règles.

Il considère également comme un fait très ordinaire que pendant la première partie de la ménopause, c'est-à-dire avant que le flux cataménial ait cessé, il se produise une endométrite qui, selon lui, se manifeste par

(1) Krieger. — Op. cit., p. 186.

un épaisissement de l'utérus, une augmentation de poids, un ramollissement de la muqueuse aussi bien que de la portion sus-vaginale et parfois de la muqueuse vaginale. Dans cette affection, dont Krieger fait une maladie d'involution, il y a une leucorrhée plus ou moins abondante, persistant alors que les autres symptômes ont disparu.

La cessation brusque ou prématurée des règles constitue une cause prédisposante d'endométrite chronique, Kirsch (1) cité trois exemples où une suspension précoce de la menstruation engendra une inflammation chronique de la matrice.

D'autre part, si après la ménopanse des congestions répétées continuent à se faire vers la matrice, il pourrait également, d'après Aran (2), se produire de l'endométrite chronique, A la longue, dit-il, il se fait dans l'utérus une infiltration de matériaux plastiques qui donne lieu à l'induration.

Les endométrites de la ménopause, dit Pozzi (3), ont pour causes occasionnelles les congestions intenses et répétées du côté de l'utérus.

Ces femmes arrivées à la ménopanse subissent, comme les autres, l'influence nocive des causes diverses de l'endométrite, surtout si elles portent une diathèse qui les y prédispose dit Martineau, (4) et, parmi ces diathèses, nous pouvons spécialement citer

(1). Kirsch. — Op. cit.

(2). Aran. — Op. cit., p. 534.

(3). Pozzi. — Traité de gynécologie, 1890. P. 172.

(4). Martineau. — Leçon sur la thérapeutique de la métrite, Paris, 1887, p. 23.

l'arthritisme, le rhumatisme, l'herpétisme, le diabète, l'anémie, la tuberculose. On sait, en effet, que les manifestations de ces états généraux peuvent tout à coup apparaître, et, pour la première fois, à l'époque de la ménopause.

Restées latentes jusque là, ces manifestations font brusquement leur apparition, amenant du côté de l'utérus une prédisposition morbide que cet organe n'avait pas encore eu.

On a aussi attribué certaines endométrites aux maladies infectieuses générales, variole, rougeole, scarlatine, fièvre thyphoïde, et influenza depuis ces dernières années.

Il faut, dit M. Pierre Delbet (1), distinguer là deux choses ; il est certain qu'on voit souvent se produire, au cours de ces maladies, des métrorrhagies plus ou moins abondantes. Mais il n'est pas certain que ces métrorrhagies soient dues à de véritables endométrites ; elles peuvent être sous la dépendance de phénomènes congestifs qui se produisent fréquemment du côté de l'ovaire dans ces cas. Quant à des endométrites véritables, s'il en survient à la suite des fièvres éruptives, elles ne sont pas la conséquence directe de ces maladies ; du moins on n'a jamais trouvé d'endométrites post-typhoidiques, par exemple, déterminées par le bacille d'Eberth. Si les fièvres éruptives ont une action, c'est d'une manière tout à fait directe en diminuant la résistance des tissus.

Les causes directes, telles que les excès de coït et de marche, les chocs, les contusions, l'équitation,

(1). Delbet. — Op. cit. p. 390.

qui exercent sur la matrice leur influence, peuvent, dans ces circonstances, l'enflammer, et, souvent répétées, en entretenir longuement l'inflammation.

On comprend déjà l'importance qu'il y a pour une femme du monde, qui a mené une vie très active et très mouvementée, de se modérer, lorsqu'arrivée au retour d'âge elle commence à présenter des manifestations arthritiques ou herpétiques.

Les causes des endométrites qui s'établissent après la ménopause sont encore : les injections intempestives, les explorations chirurgicales, l'infection par les rapports sexuels et l'infection blennorrhagique (1).

Au sujet de cette dernière, voici comment s'exprimait Schroder (2), il y plusieurs années : « Les notions modernes exigent que nous accordions une importance toute spéciale à la pénétration dans la cavité utérine d'agents nocifs, venant de l'extérieur. Toute ce que nous connaissons de certain sous ce rapport, c'est que l'infection bleunorrhagique peut devenir cause d'endométrite aiguë et chronique. Je crois pour ma part que cette infection joue un rôle considérable dans l'étiologie de l'endométrite. On trouve en général, alors, en même temps de la vaginite et du catarrhe cervical de forme récente ou ancienne. Cependant, dans plus d'un cas d'endométrite de nature manifestement blennorrhagique, on trouve le vagin tout à fait normal, soit que le vagin n'ait pas été atteint par l'in-

(1) Remy. — Blennorrhagie de l'utérus, métrite muqueuse blennorrhogique (Annales de Gyn. 1879.

(2) Schroder. — Maladie des org. génit. de la femme, trad. française faite sur la 6e édit. allemande (1885), Bruxelles, 1886, p. 117.

fection, soit que la maladie s'en soit retirée tout en persistant dans la matrice. »

Des recherches plus récentes viennent confirmer ces présomptions. Le fait, tout d'abords paraît désormais hors de doute pour l'endométrite d'origine blennorrhagique. Stenschneider (1), dans ses intéressantes études sur le siège de l'infection gonorrhéique chez la femme, a démontré que longtemps après que les gonocoques ont disparu de l'urèthre on en retrouve dans le col ou le corps de l'utérus, dont les muqueuses sont infiniment plus propices à leur culture que celle du vagin ; dans celui-ci, des circonstances défavorables sont constituées par l'épais revêtement pavimenteux, l'acidité des sécrétions et la concurrence vitale des nombreuses bactéries qui habitent normalement cette cavité et dont G. Winter (2) a fait une description détaillée.

Signalons enfin pour mémoire les endométrites compliquant d'autres affections de l'utérus, telles que rétroflexions, salpingites, fibromes, polypes, dégénérescences fibreuses ou kystiques de l'ovaire.

Au point de vue pathogénique, il n'est pas douteux qu'un certain nombre d'endométrites aient une origine microbienne. Les endométrites à gonocoques sont parfaitement démontrées, et l'on a trouvé aussi des micro-organismes dans les métrites franchement purulentes. Mais ces dernièress ont rares et il s'agit de savoir si les endométrites les plus vulgaires, les

(1) Stenschneider. — Berliner Blin. Wocheuschr., 1887, n° 17.

(2) Winteier. — Die miro-organismen im Genitalcanal der gesunden Fran. Zeitsch. Geb. une Gyn., 1888, vol. XIV, p. 442.

endométrites catarrhales hémorrhagiques, sont dues à des micro-organismes.

Les recherches sur ce point sont extrêmement difficiles.

En effet, Winter nous a appris qu'il existe dans la sécrétion du col des femmes saines de nombreux micro-organismes. Il est vrai que Peraire (1) est arrivé à des résultats différents : il n'a pas trouvé de micro-organismes dans l'utérus des femmes saines. Mais il nous dit qu'il a pris soin de rechercher le mucus au fond de la matrice. C'est peut être pour cela qu'il a obtenu des résultats différents de ceux de Winter. Quoiqu'il qu'il en soit, les faits de Winter ne sauraient être mis en doute, et force nous est bien d'admettre qu'il y a des microbes dans le col sinon de toutes, du moins d'un grand nombre de femmes saines. Dès lors, rien d'étonnant à ce qu'on en trouve dans les cas d'endométrites. Mais pour affirmer le rôle pathogène de ces microbes, il faudrait reproduire avec eux des endométrites expérimentales. M. Pierre Delbet (2) a essayé de le faire, mais sans y réussir; Peraire n'a pas été plus heureux que lui.

En somme, il est extrêmement probable que les endométrites cervicales sont dues à des microbes, mais le fait n'est pas encore complètement démontré.

Pour les endométrites du corps, les choses sont bien plus embarassantes. En effet le plus souvent, on y trouve pas de microbes. Winter, dans ses importantes recherches citées plus haut, s'était servi de 50 uté-

(1) Peraire. — Thèse de Paris, 1889.

(2) P. Delbet. — Op. cit., p. 388.

rus amputés la plupart pour fibromyomes, et il n'avait jamais trouvé de micro-organismes dans la cavité du corps. Or on sait aujourd'hui qu'en cas de fibromyomes il existes de l'endométrite d'une manière à peu près constante. Brandt (1) a bien trouvé des microbes dans le corps, mais peut-être ses recherches ne sont elles pas à l'abri de tout reproche, car il est bien certain qu'on n'est pas sûr d'aseptiser comme il l'a fait une cavité aussi anfractueuse que celle du canal cervical et l'on peut se demander si les microbes ramenés par son aiguille de platine ne venaient pas du col. Dans d'autres recherches, il a coloré par la méthode de Gram ou de Lœffler des coupes de muqueuse Trois fois il a trouvé des micro-organismes. Ces derniers résultats sont en contradiction formelle avec ceux qu'a obtenus Dœderlein (2).

Ce dernier a également coloré des coupes de la muqueuse du corps obtenue par le raclage, et il n'y a jamais trouvé de micro-organismes Pfannenstiel est arrivé aux mêmes résultats Il a trouvé des bactéries dans un cas d'endométrite purulente, mais jamais il n'en a vu dans différentes farmes d'endométrite interstitielle, ou glandulaire M. Delbet a entrepris, avec son ami Cazin, des recherches du même genre; malgré les précautions qu'ils ont prises. ils peuvent affirmer que les micro-organismes constatés deux fois ne venaient pas du col. Quatre fois ils ont coloré les coupes de lambeau de muqueuse du corps obtenus

(1) Brandt. — Centr. 5. Gyn., 1891, n° 25, p. 528.

(2) Dœderlein. Congrès des naturalistes allemands à Halle, centr. 5. Gyn., 1891, n° 14, p. 886.

par le curettage, et ils n'ont pu y trouver un seul micro-organisme.

Que faut-il conclure de tout cela ? Faut-il admettre que l'endométrite reste bien plus souvent limitée au col qu'on ne l'admet généralement ? Cela est fort possible, et même probable, car Bumum (1) nous dit que sur 53 cas de blennorrhagie qu'il a suivis pendant cinq mois au moins, le col de l'utérus a été pris dans 75 pour 100 des cas, et le corps seulement dans 15 pour 100. Mais il reste les faits comme ceux de Dœderlein et de M. Delbet, où l'on a constaté au microscope des altérations manifestes de la muqueuse du corps, et où cependant on n'a pas trouvé des microbes. Faut-il en conclure que les altérations pathologiques non néoplasiques de la muqueuse utérine peuvent se produire en dehors de toute influence microbienne, et sont dues à des troubles nutritifs d'ordre vasculaire ou nerveux ? Cela paraît fort possible si l'on songe que ces altérations se rencontrent d'une manière à peu près constante dans les cas de cancer, de fibromyomes, et qu'elles sont quelquefois déterminées par des maladies non infectieuses de l'ovaire.

En faveur de cette hypothèse serait encore ce fait bien démontré aujourd'hui que certains allongements hypertrophiques du col, qu'on tend à considérer comme le résultat de la métrite parenchymateuse, et comme ayant par conséquent une origine inflammatoire, rétrocèdent sous la seule influence de l'utérus. Mais on n'est pas en droit de conclure que les endométrites vulgaires sont dues à des troubles de cette nature.

(1) Bunum, centr. 5. Gyn. 1891, p. 418.

Faut-il penser que ces endométrites sont dues à des agents pathogènes qui ne se colorent pas sous l'influence des réactifs employés, et qui ne cultivent pas sur les terrains artificiels qu'on leur offre? Céla encore est fort possible : mais dans l'état actuel, il est impossible de tirer de ces faits une conclusion ferme. Ce qu'il faut retenir, c'est que l'origine microbienne de certaines endométrites, bien que fort probable est cependant encore bien incertaine, et que de nouvelles recherches sont nécessaires pour la démontrer péremptoirement. Mais en attendant qu'elle soit démontrée, nous devons, au point de vue de la prophylaxie et du traitement, nous comporter comme si elle l'était.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous n'avons pas eu l'occasion de faire l'examen microscopique d'utérus atteints d'endométrite. Les femmes qui ont été soumises à notre observation venaient en consultation et ne restaient pas continuellement sous nos yeux. Cependant notre étude ne serait pas complète, si nous laissions de côté ce chapitre; qu'il nous soit donc permis de puiser dans les auteurs ce que nous n'avons pu étudier par nous-même. C'est surtout dans les leçons de M. le Professeur Cornil (1) et dans le magnifique travail de M. Pierre Delbet (2) que nous avons étudié les lésions anatomiques de l'affection qui nous occupe.

On observe deux endométrites principales après la ménopause:

1° l'endométrite leucorrhéique ou purulente, (pertes blanches);

(1) Cornil. — Leçons sur l'anatomie pathologique des métrites. Paris, 1889.

(2) Delbet. — Anatomie pathologique des métrites, Traité de chirurgie de Duplay et Reclus. Tome 8, 1892.

2° l'endométrite hémorrhagique (pertes rouges).

D'où deux formes anatomiques correspondantes :

1° l'endométrite glandulaire;

2° l'endométrite interstitielle, ou hémorrhagique.

A l'œil nu, on trouve toujours la muqueuse utérine épaissie, si ce n'est dans les phases ultimes et rares de certaines endométrites interstitielles qu'on rencontre chez les vieilles femmes et où la muqueuse est presque complètement détruite. Au lieu de 1 millimètre qu'elle mesure à l'état normal, elle peut atteindre 10 et même dans certaines formes jusqu'à 15 millimètres. Cette muqueuse est boursoufflée, molle, se laissant facilement dilacérer et séparer de la musculeuse sous-jacente. Dans le col, les saillies et dépressions de l'arbre de vie sont plus accusées qu'à l'état normal. Quelquefois, dans le corps aussi bien que dans le col, la muqueuse végète par place de manière à former de petits polypes sessiles ou pédiculés. Ce sont ces aspects variables qu'on a cherché à caractériser par les épithètes de métrite villeuse, fougueuse, végétante. Dans ce col on voit fréquemment saillir sous la muqueuse de petits kystes, œufs de Naboth, qui, crevés d'un coup d'épingle, versent leur contenu muqueux et épais.

Dans le corps, on rencontre aussi, bien que beaucoup plus rarement, des kystes du même genre. Comme le fait remarquer M. Cornil, leur contenu est plus liquide, plus séreux, moins consistant que celui des œufs de Naboth.

La couleur de la muqueuse, blanchâtre à l'état normal devient foncée, rouge lie de vin. Quelquefois, dans les périodes aiguës, des ecchymoses multiples

lui donnent une coloration plus sombre encore. Tels sont les aspects que présente à l'œil nu la muqueuse enflammée. Pour étudier les lésions intimes qui donnent lieu à ces aspects, il faut distinguer ce qui se passe dans le corps.

a. Lésions de la muqueuse du corps. — Les altérations portent sur les glandes et sur le tissu interstitiel. Suivant que les lésions des glandes ou celles du stroma prédominent, on distingue une métrite glandulaire et une métrite intenstitielle. Ces types ne sont pas toujours très tranchés, on les trouve souvent associés de manière à constituer des formes mixtes. Abel et Laudau (1) rejettent la division en endométrite interstitielle et endométrite glandulaire, division qui est de Ruge. Ils admettent deux formes qu'ils appellent : 1° l'endométrite chronique atrophique; 2° l'endométrite chronique productive ou fougueuse. Mais, quand on y regarde de près, on voit qu'il n'y a guère que les noms de changés.

L'endométrite atrophique correspond à l'endométrite interstitielle de Ruge (2), et l'endométrite productive à l'endométrite glandulaire. Sans lui attacher une importance exagérée, nous nous en tiendrons donc à la division de Ruge, qui a été acceptée par la majorité des gynécologues.

Endométrite glandulaire. — Ruge distingue deux formes d'endométrite glandulaire, la forme hypertrophique et la forme hyperplasique.

D'après lui, dans la première, les glandes augmen-

(1) Abel et Laudau. — Arch. f. gyn., t. XXXIV, 1889, p. 165.
(2) Ruge. — Zeitsh, f. feb. und gym., 1881, vol. V, p. 317.

tent de dimension, il y a une hypertrophie glandulaire; dans la seconde, elles augmentent de nombre, il y a hyperplasie glandulaire. A vrai dire, il est bien difficile de constater cette augmentation numérique des glandes. Comme en augmentant de largeur et de longueur elles deviennent hélicines, flexueuses, tortueuses, la même coupe peut rencontrer plusieurs fois la même glande, et faire croire à une augmentation de nombre qui n'existe pas en réalité.

Sur une coupe perpendiculaire à la muqueuse, et conprenant une partie de la paroi musculaire de l'utérus, on constate deux choses: les glandes sont élargies et allongées; par suite, elles sont devenues flexueuses et elles dépassent les limites de la muqueuse pour pénétrer jusque dans le tissu musculaire. Si l'on étudie les modifications avec plus de soin, on voit que l'augmentation du diamètre des glandes est proportionnellement plus considérable dans les parties profondes que dans les parties superficielles de la muqueuse. C'est aussi dans la profondeur qu'elles sont le plus irrégulières et le plus flexueuses, si bien que la coupe au voisinage du muscle prend un aspect aréolaire. Cette disposition explique, d'après M. Cornil, comment la muqueuse devient plus fragile au voisinage du muscle utérin, et comment elle s'en laisse assez facilement détacher.

Toutes ces altérations glandulaires, même les plus complexes, doivent être considérées comme le résultat d'inflammations chroniques. On trouve parfois la preuve de la nature inflammatoire de ces lésions: c'est la présence de cellules migratrices, c'est-à-dire

de globules blancs sortis des vaisseaux par diapédèse jusque dans l'intérieur des cavités glandulaires.

Quant aux altérations du tissu conjonctif, réduites à leur minimum dans les types que nous venons d'étudier, elles deviennent, en passant par un grand nombre de formes intermédiaires, tout à fait prédominantes dans le type opposé, *l'endométrite interstitielle.*

On a beaucoup discuté sur la structure du stroma de la muqueuse utérine. Les uns la comparent à un ganglion lymphatique étalé ; les autres la regardent comme contenant du tissu musculaire.

M. Cornil considère les éléments de la muqueuse comme formés par du tissu conjonctif avec de petites cellules et des noyaux ovoïdes.

Ces cellules et ces noyaux se gonflent et se multiplient dans les inflammations. Dans certains cas, ces éléments sont en grand nombre, tassés les uns contre les autres, et, sur les coupes, ils ressemblent à des morceaux de sarcome. Les cellules subissent parfois un agrandissement manifeste au point de devenir absolument semblables aux cellules de la caduque, Schrœder (1) et Léopold Meyer (2) ont décrit ces formes cellulaires peu fréquentes. Dans d'autres cas, les cellules au lieu d'être pressées les unes contre les autres, sont au contraire séparées par une abondante substance intercellulaire d'aspect granuleux. Autour de ces cellules, on trouve en grand nombre des

(1) Schœder. — Handb. der Krankh. der Weiblichen Geschlechtsorg., 8° Aufl. 1887, p. 116 et 120.
(2) L. Meyer, — Annals of gypecology. décembre 1887, p.132.

cellules migratrices sorties des vaisseaux par diapédèse. Les capillaires sont très dilatés, quelquefois énormes. Il n'est pas rare de les trouver rompus, avec du sang infiltré autour des éléments cellulaires de la muqueuse.

Quelquefois les vaisseaux sont très nombreux et très dilatés dans les parties moyennes ou profondes de la muqueuse. Pour peu qu'il se produise là quelques ruptures vasculaires, le sang s'infiltre entre les vaisseaux, et toutes les parties superficielles de la muqueuse décollées des parties profondes se détachent sous forme de lambeaux.

La seule différence qu'il y ait entre une endométrite glandulaire et une endométrite interstitielle, c'est que, dans cette dernière, les glandes sont peu ou pas altérées.

Voici maintenant l'évolution ultérieure des métrites interstitielles.

Au lieu d'une grande quantité de cellules arrondies ou ovoïdes situées au contact les unes des autres, ou bien séparées par un tissu conjonctif mou, et riche en suc, on voit paraître un grand nombre de cellules fusiformes à noyau ovoïde ; en même temps le tissu conjonctif devient épais, dur, fibreux. Les glandes emprisonnées dans cette gangue épaisse, s'atrophient, et même, dans les formes extrêmes, finissent par dis paraître complètement.

L'épithélium de revêtement subit dans ces formes extrêmes des modifications très importantes, qui

avaient été déjà signalées par Klob (1), et qu'ont été depuis étudiées par d'autres auteurs (2). Les cellules perdent leurs cils vibratiles ; puis elles deviennent plus basses, cubiques ; enfin elles s'aplatissent complètement, de manière à prendre l'aspect d'un épithélium pavimenteux. Quelquefois elles présentent des phénomènes de kératinisation. Cependant l'ensemble ne présente jamais l'aspect typique d'un épithélium pavimenteux stratifié, car la forme et la disposition des cellules est très irrégulière. Ici plates, à côté cubiques, elles peuvent manquer complètement un peu plus loin, si bien qu'il se forme une véritable ulcération.

C'est là ce qu'on a appelé le psoriasis de l'utérus (Zeller), mauvais mot auquel on ne peut attacher que la valeur d'une comparaison et qu'il faut bien se garder de prendre dans un sens nosographique. A ce degré extrême la muqueuse n'existe plus, elle est remplacée par une membrane fibreuse recouverte d'un révêtement cellulaire irrégulier et incomplet. Il n'y a plus de glande, partant plus de sécrétion muqueuse, et, s'il reste des ulcérations, c'est du pus véritable qu'on voit sortir de l'utérus.

Cette forme d'endométrite interstitielle atrophique ne s'observe guère à ce degré extrême que chez les vieilles femmes, après la ménaupause. — Je ne sache pas, ajoute M. Delbet, qu'on l'ait jamais rencontrée chez des femmes jeunes : tant que dure la

(1). Klob. — Path. Anat. der weiblichen Geschlechlsorg., p. 215.
(2). Heitzmann. — Centr. die gesammte Therapie, 1888 n° 1-5.

menstruation, les éléments glandulaires ont trop de vitalité pour se laisser atrophier complètement. Chez les vieilles femmes, au contraire, elle n'est pas très exceptionnelle, et il faut dire encore que quelquefois, dans ce tissu conjonctif scléreux, les vaisseaux restent très abondants, de telle sorte que cette variété de métrite peut s'accuser principalement par des hémorrhagies.

Au point de vue anatomique, l'endométrite hémorrhagique est habituellement une métrite interstitielle, où une métrite mixte à la fois glandulaire et interstitielle. *C'est dans la métrite hémorrhagigue des vieilles femmes qu'on rencontre la forme interstitielle pure*; chez les femmes jeunes, les lésions du stroma prédominent, mais les glandes ne disparaissent pas complètement, on trouve naturellement dans cette variété une abondante prolifération vasculaire. Les vaisseaux de nouvelle formation, qui ne sont que des capillaires, présentent sur les coupes une forme très irrégulière et atteignent un calibre relativement considérable. Ces vaisseaux sont en général situés très superficiellement, près de la surface libre de la muqueuse, et la plupart des culs-de-sac glandulaires sont au-desous d'eux. Le grand nombre des vaisseaux, leurs dilatations, leur situation superficielle expliquent les hémorrhagies.

J. Heitzmann (1) pense que dans les endométrites hémorrhagiques, on trouve une modification particulière de l'épithélium, caractérisée par un allongement ex-

(1) Heitzmann. — Wien. med. Jarbh. dec. 1885.

traordinaire, chaque cellule pouvant atteindre une longeur triple de la longeur normale.

Dans certaines métrites, dit M. Cornil, les glandes du corps de l'utérus contiennent, dans leur cavité un peu agrandie, des moules hyalins qui se colorent en jaune par le picrocarmin, en vert par l'hématoxyline, qui sont conposés d'une subtance vitreuse, dure, se coupant bien nettement par le rasoir.

Sur les coupes transversales des glandes on voit une section circulaire de ce cylindre hyalin ; sur une section oblique, on les aperçoit coupés en bec de flûte. Ces moules ressemblent aux cylindres hyalins de l'albuminurie chronique.

Nous avons observé, ajoute le savant professeur, un type de cette métrite chronique chez une femme âgée, opérée par hystérectonnie vaginale par M. Routier, à l'hôpital Laënnec. Cette malade avait été prise de métrorrhagies et de leucorrhée fétide plusieurs années après la ménopause.

On pensa à un cancer du corps de l'utérus au début et on décida l'opération de l'ablation totale de l'organe. La muqueuse du corps était le siège d'une tuméfaction limitée ressemblant à une petite fraise, rouge et grenue. Il y avait en outre un petit myome de la paroi musculaire de l'utérus. L'examen microscopique a montré dans la partie saillante beaucoup d'œufs de Naboth et de plus un allongement de glandes en tube qui présentaient presque toutes, dans leur lumière, des moules hyalins, durs, régulièrement cylindriques, pleins, ayant de 30 à 40 de diamètre transversal.

b. *Métrite du col.* — Il est indispensable de distin-

guer dans le col deux parties très distinctes : le canal cervical et la surface externe, qui regarde le vagin et s'étend depuis l'orifice externe jusqu'au cul-de-sac vaginal. Dans l'endométrite cervicale, les processus pathologiques sont identiques à ceux qu'on rencontre dans le corps. On y trouve également des hypertrophies glandulaires très considérables et des lésions inflammatoires manifestes du stroma conjonctif. Ce qui donne à la métrite du col une physionomie spéciale, c'est l'extrême fréquence des formations kystiques (œufs de Naboth), et d'autre part la participation plus fréquente du parenchyme musculaire à l'inflammation.

Ce qui fait surtout l'intérêt de la métrite parenchymateuse, ce sont les formes chroniques. Au point de vue macroscopique, la métrite parenchymateuse est essentièllement caractérisée par une augmentation de l'épaisseur de la paroi utérine, augmentation qui s'accompagne d'un agrandissement de la cavité.

Les lésions de la métrite parenchymateuse sont fort simples et ne méritent pas une longue description, ce qu'il faut bien savoir, c'est qu'il n'y a pas une augmentation proportionnelle de tous les éléments, et que par conséquent il ne s'agit pas d'une hypertrophie véritable.

Les éléments musculaires n'augmentent pas ; peut être même diminuent-ils, car parfois, surtout dans le col, c'est à peine si l'on en trouve quelques faisceaux éparpillés. C'est sur la gangue, c'est-à-dire sur le tissu conjectif que portent les altérations ; il s'agit donc d'une véritable sclérose. On trouve des faisceaux

conjonctifs bien plus épais et plus nombreux que dans un utérus normal. Ces faisceaux contiennent des cellules migratices en assez grand nombre : les vaisseaux lymphatiques sont quelquefois dilatés comme l'a fait observer de Sinéty, Mais c'est surtout du côté des vaisseaux sanguins qu'on trouve des altérations avancées.

Leurs parois sont devenues très épaisses. Les cellules de la membrane interne prolifèrent avec une abondance extraordinaire. A la partie externe la paroi des vaisseaux se confond avec les faisceaux du tissu conjonctif enroulés autour d'eux. Il semble que ces vaisseaux profondément altérés soient le centre de formation de la sclérose. Dans le col, on trouve fréquemment des œufs de Naboth entourés également de de faisceaux de tissu conjonctif.

De telle sorte qu'on pourrait dire qu'il s'agit d'une sclérose ou d'une cirrhose glandulo-vasculaire, mais surtout vasculaire. Comme le fait très justement remarquer M. Cornil, « il n'y a pas rétraction cicatricielle du tissu conjonctif, mais au contraire augmentation permanente du volume de celui-ci. » Il en est tout différemment dans l'atrophie sénile de l'utérus, où l'on voit également le tissu conjonctif prédominer sur le tissu musculaire. Mais dans cette atrophie le tissu conjonctif subit la rétraction cicatricielle ; et en outre on trouve en assez grande abondance du tissu élastique, qui, sur les coupes colorées au picro-carmin, forme des plaques jaunâtres. Je ne crois pas, ajoute M. Delbet, qu'on rencontre jamais ces noyaux de tissu élastique dans la métrite parenchymateuse.

Polypes dans l'endométrite. — Nous avons vu que dans l'endométrite, la muqueuse bourgeonnante et onguéuse peut former des plis saillants. Qu'une de ces saillies s'accentue, se pédiculise, et le polype est constitué. Ces polypes formées par la muqueuse sous l'influence de l'inflammation porte le nom de *polypes muqueux*, et il faut bien se garder de les confondre avec les fibromyomes sous-muqueux pédiculés.

Les polypes muqueux sont toujours de petites dimensions ; ils n'excèdent presque jamais le volume d'une noisette. On les rencontre plus souvent dans la cavité du col que dans la cavité du corps. Leur pédicule devient quelquefois assez long pour que ceux qui sont implantés dans le col sortent par l'orifice extrême et pendent dans le vagin. Leur surface est quelquefois lisse, ordinairement grenue, granuleuse, mûriforme.

La structure de ces polypes est très simple, c'est absolument celle de la muqueuse enflammée et l'on y trouve les mêmes lésions.

Dans le polype on trouve des glandes irrégulièrement dilatées. Quand ces glandes prédominent, comme dans la métrite glandulaire, on donne au polype le qualifiquatif de *polype muqueux glandulaire, ou folliculaire*.

Comme le fait remarquer M. Cornil (1), dans certains polypes, « les glandes sont plus longues, plus

(1). Cornil. — Bull. de la Soc. anat., juin 1892, p. 425 et 427.
Kessler. — Arch. Gyn. vol. XXXVIII, 1er fev. 1891. p. 146.
Wild. — Med. chronicle, 21 avril 1891.

sinueuses, plus irrégulières encore que dans la muqueuse atteinte d'endométrite. »

Il n'est pas rare que ces glandes deviennent kystiques (*polype muqueux kystique*). Dans d'autres cas, c'est le tissu conjonctif qui domine comme dans la métrite interstitielle. On dit alors que le polype est fibreux. Malheureusement cette expression prête à confusion, car on désigne aussi quelquefois sous le nom de polypes fibreux les fibromyomes sous-muqueux pédiculés. Dans quelques cas, M. Cornil a trouvé au milieu du tissu conjonctif formant la charpente de ces polypes des fibres musculaires lisses.

Il arrive parfois que le tissu conjonctif des polypes surtout de ceux qui sont implantés sur le col subit une transformation myxomateuse. Kessler a fait une étude très complète d'un cas de ce genre qu'il appelle myxadénome kystique.

La vascularisation des polypes est très variable, et en général en raison inverse du développement des glandes. Ce sont donc les polypes où le tissu conjonctif prédomine qui sont les plus vasculaires. Souvent les vaisseaux dilatés, de forme irrégulière, sont tout à fait superficiels ; on les voit entre les glandes et la surface libre du polype, c'est-à-dire absolument disposés comme ils le sont dans les métrites hémorrhagiques.

Quelquefois les bourgeons vasculaires atteignent un développement tel que le polype ressemble à un angiome. Barnes a signalé des faits de ce genre et Wild en a étudié deux cas. Ces derniers étaient presque uniquement composés de vaisseaux ; cependant, par places,

on voyait de petites cavités épithéliales, reste des glandes atrophiées. Wild les considère comme des angiomes vraies. C'est fort discutable.

On pensera peut-être que nous nous sommes étendu un peu longuement sur une question que nous n'avons pas étudiée par nous-même, mais nous espérons trouver une excuse en raison de la nouveauté, non pas du sujet que nous traitons, mais des idées que nous avons l'intention de soutenir.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Les endométrites de la ménopause peuvent être confondues avec différentes affections utérines; nous allons les passer rapidement en revue. La principale cause d'erreur à laquelle on est exposé, et elle est fort grave, c'est de prendre ces endométrites pour des *cancers* soit du corps, soit du col de l'utérus.

« Dans le *cancer du corps utérin*, dit M. Pichot, le développement du corps utérin est moins rapide et moins douloureux que dans l'endométrite chronique.

Dans cette dernière, les métrorrhagies sont exceptionnelles, et il y a un écoulement mucoso-purulent; il est séreux, limpide dans le cancer où les métrorrhagies sont la règle. A certains moments, dans l'endométrite, il y a des poussées aiguës et des phénomènes fébriles qui ne manquent pas au début; il y a une sensibilité très vive, une douleur à la pression du tissu utérin.

Le col et le vagin paraissent plus chauds. Quand elle existe depuis longtemps, il y a du trouble des

fonctions nerveuses et digestives; la marche et tous les mouvements communiqués à l'utérus sont extrêmement pénibles. Le repos calme ces douleurs; il ne les calme pas dans le cancer où elles n'apparaissent pas au début.

Dans l'endométrite, le corps de l'utérus est uniformément, régulièrement développé, et le col quelquefois. Dans le cancer il y a de bosselures, des inégalités, soit à l'intérieur de la cavité utérine, soit à l'extérieur du corps; il est fixé par des adhérences aux organes voisins.

Un autre caractère important, c'est la durée. L'endométrite chronique peut exister pendant dix ans, douze ans et plus, sans changements notables dans la tumeur, avec des alternatives de bien et de mal; la durée du cancer du corps varie entre deux et quatre ans, et son état ne fait que s'aggraver de plus en plus, quelque soit le traitement local ou général. L'épuisement produit par l'endométrite est moins profond, et il n'y a jamais le teint jaune-paille, mais plutôt le facies utérin. L'écoulement du cancer peut devenir fétide et caractéristique, il ne change pas dans l'endométrite. Enfin l'une est incurable ou tout au moins s'améliore par le traitement; l'autre jamais. »

En résumé, des douleurs très vives et régulières, un écoulement très tenace de muco-pus fétide mêlé de sang, une forte augmentation de volume du corps utérin, enfin l'examen de parcelles enlevées par la curette, feront reconnaître le cancer du corps.

Si la maladie arrivée à une période avancée se re-

connaît à l'ensemble des signes suffisamment caractéristiques de tout néoplasme malin de l'utérus, il n'en est pas de même *au début,* alors que l'hémorrhagie constitue l'unique symptôme qui attire l'attention de la malade. C'est dans ces cas que le médecin peut hésiter sur la vraie nature de l'affection et doit prudemment réserver son pronostic.

Les deux observations suivantes sont particulièrement instructives à cet égard :

OBSERVATION I

Communiquée par MM. les D[rs] Duret et Lancial

Epithélioma primitif de la muqueuse du cops utérin, diagnostiqué à son début par la dilatation préalable.

M[elle]. O.., âgée de 77 ans, a toujours joui d'une santé excellente jusqu'au moment de la ménopause survenue vers l'âge de 50 ans. A ce moment, elle fut prise durant trois mois de métrorrhagies presque continuelles qui nécessitèrent le repos au lit

Puis les hémorrhagies cessèrent, les forces revinrent rapidement, et la malade revint à un état de santé des plus florissants.

Vers le mois d'avril 1891, c'est-à-dire près de quinze ans après les accidents de la ménopause, sans éprouver la moindre douleur, elle eut de nouvelles pertes de sang, peu abondantes, mais presque continues. Un médecin, consulté au mois d'octobre de la même année, pratique l'examen au spéculum et diagnostique un petit polype intra-utérin faisant saillie dans la cavité du col.

Il n'y avait aucune mauvaise odeur, le sang qui venait de

l'utérus était rouge quelquefois mêlé à queques caillots noirâtres.

On pratique quelques cautérisations intra-utérines avec le crayon de nitrate d'argent. Au bout de quelques semaines, le médecin retire sans effort et sans provoquer de douleur une petite masse polypeuse du volume d'une noisette, présentant une coloration noirâtre due sans doute à la cautérisation par le nitrate d'argent.

La malade ne garda le repos que six jours à la suite de cette petite intervention.

Comme l'hémorrhagie continuait malgré cela, la malade vint à Lille consulter M. le Dr Duret et voici le résultat de l'examen qu'il fit à cette époque.

Le col est petit, conique, sans aucune altération apparente, aucune ulcération. L'écoulement n'a pas une odeur caractéristique. La santé de la malade n'est pas altérée notablement. Par le palper bi-manuel, pas d'augmentation du volume de l'utérus : celui-ci mesure 7 cent. 1/2 à l'hystéromètre. L'instrument revient un peu couvert d'un sang noirâtre. En présence de ces symptômes, M. le Dr Duret hésite entre une endométrite simple et une dégénérescence plus grave de la muqueuse. Il propose la dilatation ; celle-ci est pratiquée avec les sondes d'Hégar.

On est frappé de la friabilité du col, mais seulement dans sa partie profonde. L'orifice externe résiste au passage des sondes, mais l'orifice interne cède avec la plus grande facilité et on a la sensation d'une déchirure. Aussi la dilatation est-elle arrêtée dès qu'une curette de moyen volume peut pénétrer.

Celle-ci ramène aussitôt des fongosités d'aspect cancéreux; il semble qu'elle pénètre dans une cavité, un ulcère cancéreux qui siège dans l'isthme et dans la partie inférieure de la face postérieure du corps de l'utérus. En même temps il s'écoule un sang noirâtre, sanieux. Le reste de l'utérus a la consistance normale. Alors le chirurgien nettoye doucement la caverne, et limite son intervention. Pour lui, il n'est pas douteux qu'il a pénétré dans une plaque cancéreuse, ramollie

Les jours suivants, il s'écoule une sanie roussâtre. Mais la malade demande à partir après une dizaine de jours; son âgo avancé et son refus firent rejeter l'hystérectomie totale.

La malade fut adressée, vers la fin de février, par M. le Dr Duret à M. le Dr Lancial, d'Arras, son ancien chef de clinique chirurgicale. Ce dernier constate alors l'existence de quelques ganglions dans la fosse iliaque droite, immédiatement au-dessus de l'arcade de Fallope. L'état général est resté asez bon, la malade se lève une grande partie de la journée et mange avec appétit. Légère constipation. Par l'examen au spéculum il remarque que le col utérin a conservé son aspect normal, mais il suinte par son orifice un peu de liquide roussâtre, d'odeur très fétide. Le toucher bi-manuel ne permet pas de constater une augmentation notable du corps utérin, mais détermine de la douleur. Celle-ci se manifeste d'ailleurs spontanément depuis quelques semaines et est calmée par l'antipyrine à la dose de un à deux grammes dans les 24 heures.

Chose intéressante à noter, M. le Dr Lancial ne dut jamais dans la suite employer de morphine; toujours l'antipyrine suffisait pour soulager la malade qui augmentait la dose avec les progrès du mal. Au mois d'avril, elle en prenait trois grammes; au mois de juin, quatre à cinq au mois d'août, jusqu'à sa mort, sept et huit grammes par jour, sans provoquer de troubles digestifs. Dans les examens successifs. qu'il a pratiqués, le col de la matrice ne lui parut pas envahi Malgré les injections antiseptiques et l'usage de poudre désinfectante, il était difficile de supprimer l'odeur infecte des pertes.

Après l'opération, il n'y eut pas d'hémorrhagie proprement dite, mais seulement une légère teinte rouge dans les sécrétions venant de la matrice.

Au mois d'août 1892, quinze mois après le début de la maladie, l'appétit existait encore, mais les forces diminuaient, le facies, resté bon jusque-là, prenait une teinte cachectique, l'œdème apparaissait aux malléoles, et les douleurs hypogastriques plus fréquentes, plus tenaces n'étaient calmées que

par l'absorption de sept ou huit grammes d'antipyrine prise en deux ou trois fois. Le diagnostic d'épithélioma primitif de la muqueuse du corps utérin établi par M. le Dr Duret s'est donc confirmé amplement dans la suite par les pertes fétides, par la dégénérescence ganglionnaire et par l'état cachectique.

M. le Dr Lancial fut appelé précipitamment dans la matinée du 14 septemhre auprès de la malade qui était prise de vomissements porracés, de balonnement du ventre et de tous les symptômes du début de la péritonite. C'est à cette complication que succomba la malade deux jours plus tard.

OBSERVATION II

Siredey. (Article Métrorrhagie, in Diction. Jaccoud)

Mme X.., âgée de 70 ans, réglée à 11 ans régulièrement, mariée à 40 ans, et ayant cessé sans accident d'être menstruée à 42 ans, n'a pas eu d'enfants. Cette dame, eczémateuse et arthritique, n'ayant jamais présenté le moindre écoulement sanguin aux organes génitaux pendant 28 ans, fut prise, il y a 8 mois, sans cause commune et sans douleur aucune, d'un petit écoulement de sang pur, assez abondant, durant 2 ou 3 heures et se renouvelant à des époques irrégulières.

M. Siredey examine la malade le 15 avril 1875 et ne constate aucune lésion de la vulve, de l'urèthre ou du vagin. Le col est petit, atrophié ; l'orifice sain et très étroit, laisse suinter un mucus rosé, sanguinolent. Un hystéromètre très fin, introduit dans la cavité, est retiré couvert de sang. Le corps de l'utérus, très peu volumineux, est parfaitement mobile. On ne trouve aucun signe de fibrôme, de cancer, ou de toute autre lésion organique. L'état général est parfait.

Le 29 octobre de la même année, M. Siredey revoit la malade ; les pertes de sang ont continué et sont même devenues plus fréquentes. On constate alors le développement d'une tumeur dans le corps de l'utérus que le médecin et un confrère croient être de nature cancéreuse.

Pour le *cancer du col*, voici quels sont les principaux signes :

L'écoulement dû au cancer est séreux, séro-sanguin, et non pas muqueux et épais comme celui de l'endométrite. Il répand une odeur infecte. L'écoulement de l'endométrite ne devient odorant que dans les cas, assez rares, où quelques débris de muqueuse, quelque polype se sphacèle ; même alors l'odeur est moins nauséabonde, moins écœurante, que celle du cancer.

Les signes physiques diffèrent. Dans le cancer du canal cervical, et dans le cancer interstitiel de la portion vaginale, on trouve le col augmenté de volume et présentant une dureté de bois. Jamais dans les hypertrophies consécutives aux endométrites la dureté n'atteint ce degré. Mais c'est surtout avec le cancer papillaire qu'on peut confondre certaines hypertrophies folliculaires du col couvertes d'érosions. Les végétations cancéreuses sont mollasses, elles s'effritent sous le doigt ; l'ongle peut en enlever les débris ; elles sont plus saignantes. Au contraire, les gros cols exulcérés et pleins de kystes folliculaires sont fermes, ils résistent au doigt en lui donnant une sensation d'élasticité ; ils ne se laissent pas entamer par l'ongle ; ils saignent moins. Mais il y a des cas où ils subissent des processus nécrobiotiques : ils perdent alors de leur résistance, deviennent friables ; les caractères différentiels s'atténuent, si bien que les plus habiles et les plus sagaces peuvent s'y tromper. M. Duplay, dans une clinique récente, citait deux cas où il avait porté le diagnostic de cancer inopérable pour des lésions qui ont complètement guéri sous l'influence d'un traitement anodin.

Il y a donc des cas où l'erreur est inévitable ; aussi, quand on conserve le moindre doute, il ne faut pas hésiter, avant de prendre une détermination opératoire, à enlever un fragment pour en faire l'examen histologique.

Signalons, en passant, l'erreur qui consisterait à prendre un fibromyome sous-muqueux pédiculé pour un polype muqueux. Les fibromyomes sont toujours plus volumineux, leur surface est plus grise, leur consistance est plus dure.

Les *corps fibreux*, les *polypes fibreux* intra-utérins donnent aussi lieu à l'apparition d'un syndrôme analogue à celui de l'endométrite et à d'abondantes hémorrhagies. L'examen de l'utérus par l'exploration bimanuelle, le cathétérisme, et, au besoin, la dilitation du col, fourniront des garanties suffisantes contre l'erreur.

La salpingite coexiste le plus souvent avec l'endométrite. Le diagnostic consiste donc à reconnaître quelle est de ces deux lésions celle qui prédomine et doit, par suite, caractériser la maladie. On recherchera soigneusement par la palpation bimanuelle, aidée au besoin de l'anesthésie, à reconnaître l'état des annexes.

S'ils ne sont pas augmentés de volume mais seuleun peu douloureux à la palpation, tandis que l'utérus présente les signes objectifs que nous avons décrits, on formulera le diagnostic d'endométrite.

Nous avons déjà indiqué l'existence de *métrites symptômatiques* de maladies primitives et non inflammatoires des annexes. Il suffit qu'une lésion de la

trompe, de l'ovaire, des ligaments larges soit accolée à l'utérus pour qu'elle retentisse sur lui (1).

Il est difficile de déterminer par quelle voie la muqueuse utérine devient alors malade, mais on ne peut nier qu'elle ne s'altère en effet. On a vu une petite tumeur ovarienne être en apparence le principal point de départ d'hémorrhagies profuses liées à une endométrite hypérplastique anatomiquement constatée. Brennecke (2) et Lohlein (3), qui rapportent des observations de ce genre, croient que l'hyperémie réflexe provenant de l'irritation ovarienne suffit à amener l'hyperplasie de la muqueuse utérine. Il faut plutôt dire que cet état de congestion permanente crée une véritable réceptivité morbide, grâce à laquelle les causes d'infection si nombreuses, germes habitant le vagin et germes venus du dehors peuvent exercer leur influence funeste et triompher d'une résistance organique affaiblie pour provoquer une inflammation.

Quoiqu'il en soit, deux faits paraissent établis, que ne doit pas oublier le clinicien, au point de vue du diagnostic.

1° Il existe des liens étroits entre l'inflammation de l'utérus et celle des annexes (trompes ovaires); par suite cette dernière doit toujours être recherchée, car, qu'elle soit alors protopathique ou deutéropathique, elle peut devenir ce qu'il y a de plus important au point de vue de l'intervention opératoire.

(1) Czempin. — Zeitsch. f. Geb und Gyn. Bd. XII, 2.
(2) Brennecke. — Arch. f. Gyn., Bd. XX, p. 455.
(3) Lohlein. — Berl. Klein. Wocheuschr.. n° 23, 1886.
(4) Delbet. — Op. cit.
(5) Pozzi. — Op. cit.

2° Des altérations des ovaires, quelles qu'elles soient, même non inflammotaires, peuvent, dès leur début, simuler l'endométrite par leur retentissement indirect sur la muqueuse de cet organe ; l'altération, d'abord simplement congestive, tend même à se transformer en lésion inflammatoire véritable.

Nous avons dit, en parlant des symptômes, que la rougeur pouvait s'étendre au vagin et même à la vulve. Si l'on n'a pas de renseignements suffisants, on est porté à croire à une blennorrhagie. La vaginite qui accompagne l'endométrite chronique n'a jamais l'intensité de la vaginite bleumorrhagique ; de plus, par l'examen direct, on se rend compte de la nature de la maladie d'après les caractères de l'écoulement sortant par l'orifice du col. La métrite peut être due à la propagation à la muqueuse utérine d'une blennorrhagie ancienne ; il faut alors se reporter aux commémoratifs qui pourront servir à trancher la question.

Le symptôme douleur pourraît encore faire croire à une névralgie lombo-abdomidale. L'erreur cependant est difficile, car, dans cette dernière affection, le point douloureux siège à l'union du corps et du col, et l'on trouve d'autres points douloureux déterminés sur le trajet des nerfs lombaires. Si cela ne suffit pas, l'examen au spéculum lèvera tous les doutes.

Nous ne parlerons pas ici de diflérentes affections auxquelles pourrait faire penser l'état général de la malade. Un examen sérieux des organes mettra sur la voie du diagnostic.

Avant de terminer ce chapitre, nous tenons à citer une leçon sur les hémorrhagies utérines chez les

femmes âgées, faite par le docteur Eug. Monod, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux (*Gazette des sciences médicales de Bordeaux* 4 et 11 décembre 1892).

Voici comment il s'exprime :

« S'il est une vérité élémentaire en gynécologie, c'est que toute hémorrhagie utérine survenant chez une femme qui a passé l'âge de la ménopause doit être tenue pour suspecte; l'observation démontre, en effet que ce symptôme n'est, le plus souvent, que l'avant coureur d'une lésion grave de l'utérus.

En dehors des cas où l'état général de la malade, accusant des pertes sanguines, permet d'établir le diagnostic d'emblée, on sait qu'il n'est pas rare de rencontrer des femmes qui conservent, pendant un temps assez long, une santé relativement bonne et dont l'habitus extérieur ne trahit en rien, avant l'examen, la lésion locale parfois avancée dont elles sont atteintes.

Cependant, il existe, en clinique, des exceptions à cette règle. La métrorragie après la ménopause n'est pas toujours et fatalement symptômatique d'une affection utirine de mauvaise nature. Telle femme qui a cessé d'être réglée depuis dix ans et plus s'aperçoit avec un effroi bien légitime qu'elle recommence à perdre du sang. Le chirurgien consulté s'attend à découvrir une lésion locale, et ce n'est pas sans quelque étonnement qu'après un examen minutieux des organes génitaux, il constate que les résultats de cet examen restent absolument négatifs.

Je viens d'observer, dans un espace de temps assez court, trois faits de ce genre que je relaterai brièvement.

OBSERVATION I

MONOD

Mme B..., âgée de 61 ans, a toujours joui d'une excellente santé. Elle a eu deux enfants et n'accuse aucun antécédent utérin. Les règles ont toujours été normales; elle n'a jamais eu de pertes blanches ni de douleurs dans le petit bassin. La ménopause, qui remonte à dix ans, n'a été marquée par aucun incident : ni pertes sanguines sérieuses, ni troubles généraux.

Au mois de septembre de l'année dernière, sans cause appréciable, Mme B... au moment de se coucher, constata dans son vase de nuit la présence d'une notable quantité de sang mélangé aux urines. Elle supposa que le sang venait de la vessie et me fit appeler. Je procédai, séance tenante, à l'examen des organes génitaux.

La palpation abdominale, que la surcharge graisseuse de la paroi rendait difficile, ne me fournit que des résultats négatifs. Le col occupe sa place normale : il est petit régulier ; l'utérus est parfaitement mobile; les culs-de-sac vaginaux sont libres. Le spéculum permet de confirmer ces renseignements et notamment l'intégrité complète du museau de Tanche. Par l'orifice, légèrement entr'ouvert, on voit sourdre un peu de sang brunâtre et inodore. J'avais donc la certitude que le sang perdu par la malade provenait bien la de cavité utérine. Je prescrivis des injections boriquées chaudes quotidiennes et des pilules d'ergotine à l'intérieur. Malgré ce traitement, régulièrement suivi, Mme B... a continué à présenter des pertes peu abondantes et plus ou moins intermittentes. Tantôt l'écoulement sanguin rappelle, comme quantité et comme aspect, des règles modérées; tantôt c'est un simple suintement continu de couleur rouillée et sans odeur. Cet état persiste en juin 1892, c'est-à-dire dix mois après la première apparition du sang. La santé générale n'a pas subi la plus légère atteinte; Mme B..., qui a une tendance naturelle à l'embompoint a plutôt engraissée depuis quelque mois; l'appétit et

le sommeil restent excellents. Elle a bon teint, a conservé toute son activité, et n'a jamais éprouvé la moindre douleur abdominale. Un nouvel examen local pratiqué dans le courant du mois de novembre est resté, comme le premier, absolument négatif.

OBSERVATION II

MONOD

Mademoiselle X..., âgée de 62 ans, obèse, n'offre aucun trouble antérieur du côté des organes génitaux. Bien réglée, elle a vu la ménopause s'établir à 50 ans, sans incident. Elle n'a jamais accusé, pendant cette période, ni perte sanguine exagérée, ni douleur. Pendant les années qui suivirent elle a joui d'une excellente santé, à part une dyspnée habituelle qui avait pour cause un emphysème chronique, et les fatigues inhérentes à l'existence très active qu'elle etait obligée de mener comme directrice d'une importante institution.

Il y a un an, à l'âge de 61 ans, survinrent pour la première fois des pertes blanches qui firent bientôt place à des pertes sanguines. Le sang apparaît à intervalles irréguliers qui varient entre un et quinze jours; il est plus ou moins abondant, vermeil, sans odeur, parfois mélangé à de petits caillots. La malade accuse quelques douleurs dans la région des reins et du bas-ventre ; il existe aussi des envies d'uriner fréquentes et quelques épreintes rectales. Son moral est fortement impressionné par l'état insolite où elle se trouve et sa santé générale en a quelque peu souffert ; aussi, bien qu'elle conserve les apparences d'une robuste constitution, elle accuse une grande fatigue qu'explique suffisamment l'anémie réelle que les pertes persistantes entretiennent chez elle.

J'ai examiné avec le plus grand soin l'état des organes génitaux : le col est très petit, un peu rouge, sa surface est lisse, sans trace d'érosion ni d'excroissance papillaire. L'orifice externe est, comme celui des corps vierges, circulaire et très étroit. L'utérus qui est mobile, ne paraît pas augmenté

de volume. Malgré les injections boriquées chaudes quotidiennes et les pilules d'ergotine à l'intérieur, les pertes sanguines persistent avec les mêmes caractères durant quatre mois. Depuis cinq mois l'état général empirait sensiblement; la malade accusait des troubles dyspeptiques continuels et des douleurs abdominales de plus en plus vives. Elle vint me voir à la fin de septembre de cette année. Je fus frappé de l'augmentation de volume du ventre; il existait une matité étendue de toute la région sous-omblicale. Une ponction pratiquée le 30 septembre donne issue à huit litres de liquide jaune citrin. La composition de ce liquide examiné par le docteur Denigès, répond plutôt au contenu d'un kyste para-ovarique qu'ovarique.

La malade, soulagée à la suite de la ponction, repart pour la Dordogne. Trois semaines après les douleurs sont intolérables et le dépérissement fait de rapides progrès.

Mon ami le Dr Jalaguier, de Paris, qui a l'occasion de voir Melle B... conseille de faire la laparotomie exploratrice, sans se dissimuler d'ailleurs la gravité de la situation. Elle se disposait à partir pour Bordeaux où je devais pratiquer cette opération, lorsqu'elle mourut subitement pendant la nuit, l'autopsie n'a malheureusement pas été faite.

Je suis convaincu, pour ma part, que cette malade était atteinte, outre la tumeur kistique que j'avais ponctionnée, d'un cancer viscéral dont je ne puis préciser le siège.

OBSERVATION III

MONOD

Mme X..., âgée de 76 ans, grande, forte, très bien conservée, a eu quatre enfants, le dernier à l'âge de 32 ans. Les accouchements ont été normaux; elle n'a pas nourri. Réglée à 15 ans, elle a toujours eu une menstruation régulière et n'a jamais présenté aucun trouble utérin. La ménopause s'est

établie sans accidents à 53 ans. Il y a dix mois, c'est-à-dire plus de vingt-deux ans aprèsla cessation complète des règles, apparurent sans cause appréciable des pertes sanguines sous la forme d'un écoulement brun foncé, inodore, assez abondant, revenant tous les trois ou quatre jours.

Dans l'intervalle, il n'y a ni pertes blanches, ni écoulement sanieux.

Cette dame n'accuse aucune douleur et sa santé générale est restée aussi bonne que par le passé. Elle n'a pas maigri, ses forces sont demeurées intactes ; elle ne présente ni troubles urinaires, ni constipation. A l'examen, je constate l'existence d'hémorrhoïdes et une dilatation veineuse marquée sur les grandes lèvres. Le ventre est souple, non douloureux. Le toucher conduit sur une bride vaginale étendue en forme de croissant à concavité supérieure qui s'insère par ses deux extrémités sur la lèvre antérieure du col et masque complètement la lèvre postérieure.

La partie du col accessible à la vue, après l'introduction du spéculum, est absolument saine. L'utérus est mobile et très légèrement augmenté de volume. A travers l'orifice que limitent en avant la lèvre antérieure du col, en arrière la bride vaginale décrite plus haut, on voit s'écouler un sang noirâtre, visqueux, sans odeur. Les injections boriquées chaudes modèrent, sans la supprimer, la perte sanguine.

Tels sont les faits que j'ai observés et qui peuvent se résumer ainsi : hémorrhagies utérines rebelles survenant chez des femmes bien portantes d'ailleurs, qui ont cessé d'être réglées depuis de longues année et qui ne présentent aucune lésion appréciable des organes génitaux. Je me suis naturellement demandé, ajoute Monod, quelle interprétation il convenait de donner aux faits de ce genre, et je me suis adressé aux principaux traités ou recueils de gynécologie dans l'espoir d'y découvrir quelque documents sur ce

point de pratique. Mes recherches sont demeurées à peu près négatives.

J'éliminerai tout d'abord les cas de menstruations prolongées ou tardives. On en trouve dans les anciens auteurs un assez grand nombre d'exemples qui ne sont pas tous également dignes de foi. Barié, dans son étude sur la ménopause, thèse de Paris, 1877, cite des exemples incontestables de menstruation persistante jusqu'à un âge avancé, dûs à Raciborski, Meyer, Tit, etc. Ces faits ne rentrant pas dans la catégorie de ceux qui nous occupent, puisqu'il s'agit, dans nos observations de femmes ayant dépassé depuis longtemps la période de la ménopause.

Nous ferons seulement remarquer, en passant, qu'il ne faut accepter qu'avec une certaine réserve ces cas de menstruation tardive.

L'observation clinique prouve, en effet, que souvent ces prétendues règles ne sont que le phénomène précurseur d'une tumeur maligne existant à l'état latent, et l'on sait que chez les vieilles femme les métrorrhagies symptômatiques offrent fréquemment le caractère périodique des écoulements menstruels.

Je mentionne également, pour les éliminer, les cas où la source de l'hémorrhagie est manifestement extra-utérine.

L'écoulement sanguin peut provenir de la rupture d'une varîce ou d'un néoplasme de la vulve ou du vagin, qu'un simple examen de la région permettra de découvrir. On ne négligera pas surtout l'inspection du méat, qui est assez souvent le point de départ de la prétendue perte utérine. Paul Petit en a rapporté ré.

cemment un exemple à la Société anatomique de Paris. (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, séance du 12 juillet 1889).

OBSERVATION

Une femme ayant passé la ménopause sans accidents, à 42 ans, perdit brusquement, à l'âge de 59 ans, du sang par la vulve, à l'occasion de fatigues répétées. L'examen montra que ces hémorrhagies provenaient d'un angiôme du méat urinaire.

Cet angiome circulaire était développé sur la muqueuse qui, par une sorte d'extroversion, faisait saillie au dehors.

L'ablation en fut faite aux ciseaux et au thermo-cautère.

La question se pose pour nous en ces termes : en dehors de la grande classe des hémorrhagies symptômatiques d'une lésion locale caractérisée, qui surviennent au moment ou bientôt après la cessation de la ménopause, existe-t-il d'autres causes pouvant expliquer la réapparition des pertes sanguines chez une femme qui a cessé d'être réglée ? Ces causes sont locales ou générales. Je les passerai rapidement en vue.

A. Causes locales. — *L'endométrite* n'est pas très rare dans la vieillesse, bien qu'il semble, au premier abord, que l'atrophie sénile de l'utérus soit peu compatible avec la persistance d'un processus inflammatoire. On sait, en effet, que la ménopause amène quelquefois la guérison de l'endométrite chronique et qu'elle l'améliore presque toujours. L'observation montre cependant que cette affection peut se prolonger jusqu'à un âge avancé.

Sinéty a rencontré plusieurs cas d'endométrite, suivis d'autopsie, chez les femmes âgées de plus de soixante ans. Il n'y a, dès lors, rien d'étonnant à ce que l'affection puisse revêtir à cet âge, comme dans la période d'activité génitale, la forme fongueuse hémorrhagique.

M. le docteur André Boursier a observé, lui aussi, un certain nombre de fois des malades âgées ayant présenté, longtemps après la ménopause, des hémorrhagies utérines, qui ne paraissaient se rapporter à aucune lésion appréciable. Parmi les malades de la clinique gynécologique de la Faculté de Bordeaux, dit-il, il en est deux au moins dont l'observation est présente à son esprit.

Il s'agissait, dans les deux cas, de vieilles femmes, très grasses, manifestement obèses, qui sont venues le consulter pour des accidents de ce genre. L'écoulement liquide était rougeâtre, brun, sans caillots, sans douleur. A l'examen, on trouvait un utérus franchement sénile, absolument mobile et qui paraissait sain au doigt et au spéculum. Chez ces malades, il a pu faire cesser ces hémorrhagies à l'aide de quelques attouchements de la muqueuse avec une solution de perchlorure de fer au dixième.

Tout en accordant à M. Monod que ces métrorrhagies des vieilles femmes peuvent parfois tenir à des causes générales, il croit que dans la plupart des cas, elles sont dues à un état inflammatoire de l'utérus. Il s'agit là souvent *d'endométrites* plus ou moins anciennes, tantôt d'inflammations récentes et assez légères, tantôt d'endométrites très anciennes, silencieu-

ses depuis un grand nombre d'années et réveillées sous l'influence de causes banales, fatigues, absence de soins, etc.

Comme l'a très bien décrit Delbet, dans le chapitre consacré aux métrites du nouveau traité de chirurgie de Reclus et Duplay, il existe souvent après la ménopause une sorte *d'endométrite interstitielle atrophique* dans laquelle la muqueuse est complétement transformée. Les glandes ont pour ainsi dire disparu, la muqueuse est remplacée par une sorte de membrane fibreuse recouverte d'un vêtement cellulaire irrégulier et incomplet. Dans ce tissu les vaisseaux restent très abondants et dilatés de telle sorte que cette variété *de métrite peut s'accuser principalement par des métrorrhagies.*

Une tumeur fibreuse interstitielle assez petite pour échapper à l'exploration et assez rapprochée de la muqueuse pour y entretenir un état congestif permanent.

Des polypes muqueux, cachés dans l'intérieur de la cavité cervicale, sont également susceptibles de produire des hémorrhagies qui sont en réalité symptômotiques, bien que leur cause déterminante échappe à l'observateur.

Le Docteur Monod ajoute : J'arrive à la plus importante et probablement la plus fréquente parmi les lésions non apparentes qui provoquent des pertes sanguines rebelles chez la femme âgée, je veux parler *de l'épithélioma de la muqueuse utérine*, affection sur laquelle, notre distingué collègue, le professeur

Coyne, appelait dernièrement l'attention de la Société (séance du 9 février 1892).

En présence d'une femme qui a dépassé la ménopause et qui recommence à perdre du sang, alors même que les signes fournis par l'exploration demeurent négatifs, il faut toujours songer à un cancer du corps et tourner son attention vers cette évolution possible de la maladie. Regardé comme très rare par les anciens auteurs, le cancer primitif de la muqueuse utérine est mieux connu de nos jours, grâce aux travaux des histologistes, et l'observation clinique démontre qu'il est beaucoup plus fréquent qu'on ne le supposait autrefois. Gasseron a pu en rassembler 122 cas.

On se souviendra que cette forme de cancer utérin est propre aux femmes ayant dépassé la ménopause. Tandis que, pour le cancer du col, le maximum de fréquence est de 40 à 50 ans, pour le premier ce maximum se trouve entre 50 et 60 ans (Sinéty).

Dans un travail récent sur le diagnostic du cancer du corps, Hofmeier (*Centr. für Gynœk.* 1891) confirme ce fait : « C'est souvent après la ménopause, dit-il, qu'on observe le cancer du corps. Des hémorrhagies, des pertes sanieuses, accompagnées ou non de coliques utérines en sont les principaux symptômes. L'exploration manuelle ne fournit aucun signe positif. » L'auteur ajoute que c'est surtout sur l'examen anatomique des parcelles enlevées de la tumeur que doit se baser le diagnostic.

B. *Causes générales.* — Les considérations qui précèdent montrent assez de quelle réserve le prati-

cien doit faire preuve lorsqu'il ne découvre aucune lésion locale évidente capable d'expliquer une hémorrhagie utérine chez une femme âgée, et avant de rejeter le diagnostic de métrorrhagie symptômatique. Il existe cependant des cas où l'affection locale soupçonnée ne se confirme point dans la suite : il faut bien alors admettre l'hypothèse d'une métrorrhagie essentielle, ou plus exactement, d'une métrorrhagie liée à une cause générale.

Ce sont les faits de cet ordre qu'il nous reste à examiner.

On connaît l'influence curieuse des *traumatismes* chirurgicaux ou accidentels, sur la production de certaines épistaxis utérines.

M. Terrillon qui a le premier signalé cette influence dans un travail publié en 1874 dans le *Progrès médical*, n'a pas constaté, il est vrai, ce phénomène chez des femmes ayant dépassé la ménopause; il signale toutefois la possibilité de le rencontrer, à la condition que la ménopause ne soit pas trop éloignée. « Le fait, dit il, pourra être recherché et présenter quelque intérêt, » Or voici une observation qui a été communiqué par M. Mossé à la Société anatomique de Paris (séance du 22 décembre 1876) et qui confirme ces prévisions.

OBSERVATION

Mme L..., 67 ans, ménopause à l'âge de 52 ans; depuis ce moment il n'y a jamais eu de perte de sang; le silence de l'utérus est demeuré absolu. Il y a cinq ans, début sensible

d'une tumeur dans l'abdomen ; développement lent et progressif durant les trois premières années, augmentation plus rapide pendant les deux autres. Au mois de juillet 1876, on constate tous les signes d'un kyste de l'ovaire. Le corps et le col de l'utérus n'offrent rien d'anormal, ainsi que les culs-de-sac.

La ponction du kyste donne issue à six litres d'un liquide légèrement rosé. Quinze jours après, elle pert une petite quantité de sang rosé, en même temps que les seins deviennent douloureux, sans augmentation de volume. Cet état, semblable à celui qui accompagne la période menstruelle, se prolonge pendant trois ou quatre jours.

Deux mois et demi après, nouvelle ponction (21 septembre) suivie uniquement de douleurs abdominales, mais sans pertes sanguines.

Troisième ponction le 4 décembre, suivie d'injection iodée, quatre jours après, réapparition de l'écoulement sanguin ; le sang est rose, peu abondant, et la malade prétend « qu'elle redevient grande fille ».

Le suintement sanguin persiste pendant deux jours. Les jours suivants, des phénomènes généraux graves se déclarèrent qui enlevèrent la malade.

M. Mossé ajoute à cette observation les réflexions suivantes : « Il résulte de ce fait que même chez les femmes âgées ayant dépassé depuis longtemps la ménopause, les opérations chirurgicales pratiquées sur l'ovaire peuvent amener une congestion des organes génitaux suffisante pour déterminer une hémorrhagie critique ; mais ce travail paraît se faire avec beaucoup plus de lenteur que chez la femme dans la période active de la vie sexuelle, puisque dans le premier cas le sang n'a paru au dehors que quinze jours après l'opération ; dans le deuxième, quatre jours ont été nécessaires pour voir apparaître l'épistoxis utérine. »

Chez les femmes qui sont encore réglées, on conçoit très bien que des hémorrhagies liées à une maladie générale puissent avoir pour siège l'utérus comme elles se produisent par d'autres organes. Voici comment s'exprime à ce sujet un gynécologiste d'une vaste expérience, Martin (de Berlin) : « J'ai examiné avec la plus grande attention plusieurs femmes soumises assez longtemps à mon observation et atteintes d'hémorrhagies utérines vraiment extraordinaires, sans découvrir chez elle le moindre état pathologique palpable. Les ménorrhagies surviennent quelquefois, chez les phtisiques, assez souvent dans les maladies du *cœur* du *foie* ou des *reins*. »

Martin ne dit pas qu'il ait rencontré ce phénomène après la ménopause. Il n'est pourtant point irrationnel d'admettre la possibilité du fait. L'étude histologique de l'utérus sénile montre, en effet, que la substance musculaire présente souvent, surtout dans la vieillesse avancée, « une laxité et une friabilité particulière de son tissu qui est mou et friable, et dont les vaisseaux artériels, rigides et élargis, offrent des altérations athéromateuses prononcées. » (Hermann et Tourneux). Une observation de Scanzoni, rapportée dans l'ouvrage de Schroïder, est, malgré son laconisme, un exemple très net de cette variété de métrorrhagies.

OBSERVATION

Une femme âgée de 64 ans n'avait plus été réglée de 48 à 52 ans.

A partir de ce moment, elle présenta des hémorrhagies revenant toute les trois ou quatre semaines. On trouva, à l'au-

topsie, les ovaires complètement atrophiés. Les pertes sanguines étaient dues, selon toute apparence, à des troubles circulatoires concécutifs à une affection cardiaque.

Parmi les causes prédisposantes de la métrorrhagie il convient de signaler la *polysarcie*, Dancel a publié en 1866 dans la *Gazette des Hôpitaux*, un intéressant mémoire ayant pour titre *Métrorrhagies « chez les femmes chargées d'embonpoint »*, où il apporte une série de faits qui établissent nettement l'influence de cette cause. Parmi les observations citées dans son travail, il en est une qui se rapporte à notre sujet; je la résume ici :

OBSERVATION

Mme X.., âgée de 58 ans, très-obèse. Ménopause à 51 ans, sans accidents.

A 54 ans, après un séjour à Paris, où elle se fatigua en promenades et veilles prolongées, elle fut prise d'une perte de sang.

L'écoulement sanguin n'a pas cessé depuis cette époque, plus ou moins abondant. L'état général reste d'ailleurs excellent. Les organes génitaux externes, examinés avec soin, n'offrent rien d'anormal. Les injections astringentes n'ayant amené aucun résultat, M. Dancel soumit la malade au régime alimentaire anti-obésique. Sous l'influence de ce régime les pertes diminuèrent, puis cessèrent définitivement.

L'auteur fait intervenir deux facteurs principaux capables, suivant lui, d'expliquer les pertes sanguines chez les personnes très grasses : d'une part, le manque de tonicité des tissus qui sont pénétrés d'une énorme proportion d'eau, d'autre part, l'état aqueux du sang, qui est peu riche en globules.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Traitement général.—L'endométrite chronique, dit M. Eustache (1) quoique étant une affection d'organe et quoique les lésions restent le plus souvent limitées à l'utérus, peut se développer sous l'influence d'une cause générale, constitutionnelle, diathésique, ou bien être entretenue par elle, et présenter ainsi une durée aussi longue que la cause génératrice.

Quelle qu'ait été la cause du début, l'endométrite, par son existence, sa durée, son retentissement sympathique sur toute l'économie, ne tarde pas à amener un trouble, une viciation dans les divers actes fonctionnels de l'organisme, à créer par elle-même une sorte d'état constitutionnel qui réagit à son tour sur la marche, la durée de l'affection utérine, à tel point que celle-ci ne saurait plus être modifiée, avant que l'état général qu'elle a engendré n'ait été lui-même amendé ou guéri

Dans l'un comme dans l'autre cas, le traitement général est nécessaire; s'il doit précéder ou tout au moins marcher sans cesse de pair avec les moyens

(1) Eustache. —Manuel pratique des maladies des femmes, 1881

locaux dans le premier cas, il ne doit pas être négligé dans le second, et souvent même il doit prendre le pas sur les moyens locaux qui ont été déjà indiqués. « Nous éprouvons un certain embarras, dirons-nous avec M. le professeur Courty (1), à traiter cette question; car, s'il est difficile de tracer de l'endométrite chronique un tableau parfaitement ressemblant, il est plus difficile encore d'en formuler un traitement exact.

Il faut toujours se souvenir que dans la pratique on n'a pas à traiter des maladies, mais des malades. Quelque précision que l'on mette dans les descriptions et les préceptes, on ne représente jamais que des types, ou des à peu près, subissant des modifications qu'il est impossible de prévoir et de signaler d'avance, et laissant toujours au jugement éclairé du médecin une large part d'initiative dans l'application des règles générales à chaque cas particulier. »

On a classé différemment les moyens nombreux qui composent le traitement général de l'endométrite chronique; rappelons pour mémoire : les moyens hygiéniques et médicamenteux, l'hytrothérapie et les eaux minérales.

L'hygiène des personnes atteintes d'endométrite chronique doit être attentivement surveillée pendant toute la durée du traitement, et à partir de la convalescence. Grâce à elle, on évitera l'action des diverses causes prédisposantes locales qui peuvent entraver la guérison de l'endométrite, ou bien en déterminer les rechutes et les récidives, au moment où la guérison est sur le point d'être obtenue.

(1) Courty.— Traité pratique des maladies de l'utérus, 3e édit., p. 215

Quant aux moyens médicamenteux., tous ou presque tous les agents de la matière médicale, altérants et toniques (iodure de potassium, arsenic ferrugineux, amers, etc), ont été employés dans le traitement de l'endométrite chronique : leur choix dépend des indications spéciales à chaque cas.

Il arrive assez souvent que l'un ou l'autre des symptômes les plus habituels de l'endométrite chronique vienne à prédominer pendant le cours de cette maladie, de façon à constituer soit par sa persistance, soit par son intensité, une aggravation telle dans l'état de la patiente qu'il devient essentiel de le combattre par des moyens spéciaux, sans attendre, comme on est autorisé à le faire quand il s'agit d'une affection moins rebelle, que ce symptôme disparaisse de lui-même sous l'influence du traitement dirigé contre la maladie dont il dépend (Gallard) (1). C'est ce que M. Martineau (2) désigne sous le non de *traitement des diverses modalités cliniques de l'endométrite.*

L'*hydrothérapie*, qui dans sa plus large acception signifie l'emploi de l'eau froide à la surface du corps soit en applications générales, soit en applications locales, est un des moyens les plus puissants et les plus en vogue dans le traitement de l'endométrite chronique. En effet, elle active la circulation générale et locale, elle modifie profondément l'innervation, elle détermine une nutrition plus rapide, une résorption plus facile des exsudats plastiques, des engorgements viscéraux inflammatoires.

(1) Gallard. — Op. cit.
(2) Martineau. — Traité clinique des affections de l'utérus, 1879.

Elle produit tantôt des effets toniques, révulsifs ou résolutifs, tantôt des effets sédatifs et calmants ; c'est-à-dire qu'elle répond à la plupart des indications thérapeutiques que l'on a à remplir en pareil cas. Le tout est de savoir s'en servir afin d'atteindre le but désiré, sans rester en deça ni aller au delà, auquel cas la médication par l'eau froide serait infiniment plus nuisible qu'utile.

Les eaux thermales et avant tout les eaux chlorurées sodiques rendent de grands services. A côté de leur action sur la santé générale qui est incontestable, elles paraissent agir sur les congestions viscérales pour les diminuer. Elles sont un bon moyen adjuvant des autres méthodes thérapeutiques ; et après guérison de l'endométrite, elles font merveille pour amener la régression de l'utérus hypertrophié, et rétablir l'état général souvent fort délabré.

En résumé, bien que l'endométrite ait un grand retentissement sur l'économie, il est certain que le principal mode de traitement doit être local. Aussi nous hâtons-nous d'arriver à ce dernier ; disons toutefois, en passant, qu'il ne faut pas oublier non plus de soigner les maladies concomitantes, telles que les rétroflexions utérines, les polypes, les fibrômes, etc. ainsi que les différents états diathésiques tels que l'arthritisme, l'hémophilie, etc.

Les hémorrhagies des endométrites de la ménopause réclament le repos absolu au lit ; les applications froides sur le ventre sont utiles. Les divers remèdes ordinaires : préparations d'ergot de seigle, d'ergotinine, l'hamamelis virginica, l'hydrastis cana-

densis sont généralement peu efficaces. Les injections chaudes prolongées entre 40 et 50 degrés ont une réelle valeur et enrayent ce grave symptôme, à condition qu'elles soient pratiquées pendant vingt minutes au moins.

OBSERVATION

(INÉDITE ET PERSONNELLE)

Mme X.., arrivée à l'âge de la ménopause, est prise d'hémorrhagies persistant malgré le repos, les applications de glace sur le ventre, les injections hypodermiques quotidiennes d'ergotinine de Tanret, malgré l'électricité selon la méthode d'Apostoli. Les injections chaudes prolongées enrayent immédiatement ces hémorrhagies ; employées au cinquième jour de règles interminables elles réussissent encore à mettre un terme à ces pertes fatiguantes.

Traitement local. — Les traitements dits curatifs des endométrites sont extrêmement nombreux. M. Pozzi (1) les divise en trois grandes classes : l'abstersion antiseptique de l'utérus ; la cautérisation intra-utérine et le curettage.

Les procédés pour obtenir l'abstersion de l'utérus comprennent : les irrigations intra-utérines, le draînage, le tamponnement, l'écouvillonnage.

Les irrigations intra-utérines, préconisées par Schultze, se font, après dilatation de l'utérus, avec une solution antiseptique faible (eau phéniquée à 2 pour

(1) S. Pozzi. — Traité de gynécologie, Paris, 1890.

100). On s'est servi pour le draînage de l'utérus (1) de drains de caoutchouc ou de drains de verre. Ils sont très inférieurs au drainage capillaire à la gaze iodoformée. Fritsch (2) emploie cette gaze d'une manière un peu différente. Il tasse les mèches dans la cavité utérine sous une certaine pression, de manière à bien étaler la surface par une légère distension. Ce mode de tamponnement a pour but de porter l'iodoforme au contact de tous les recoins de l'utérus. Avec l'écouvillon de Doléris (3), on fait une sorte de ramonage de la cavité utérine. Doléris pense qu'en employant des écouvillons à crins très raides, on peut obtenir un grattage avec destruction de la muqueuse. Quand on se propose ce but, la curette est un instrument bien plus sûr que l'écouvillon. Mais ce dernier rend des services après le curettage pour enlever les fragments de muqueuse à demi détachés.

La cautérisation se fait soit par l'électricité, soit avec des caustiques solides, soit avec des caustiques liquides.

Tous ces procédés de cautérisation ont pour but comme le currettage, de détruire la muqueuse altérée. C'est là un procédé de traitement qui semble au premier abord véritablement extraordinaire. Il est bien certain que si on l'employait pour d'autres muqueuses, le résultat serait inévitablement la formation d'une cicatrice, et le remède deviendrait pire que le mal. Dans l'utérus, la substitution d'un tissu de cicatrice à

1. Wylie et Polk. Amer. Journ. of obst., janv. 1890.
2. Fritsch. Deutsche chirurgie, Lief. LVI, p. 377.
3. Doléris.

la muqueuse aurait pour résultat, la suppression des fonctions de l'organe, c'est-à-dire la stérilité ; ce qui ne serait pas indifférent pour une femme qui n'est pas encore arrivée à la période de la ménopause. Mais la muqueuse utérine jouit d'un pouvoir de régénération prodigieux. A chaque menstruation, à chaque avortement, à chaque accouchement, elle se détruit et s'élimine en partie pour se reconstituer immédiatement. Il en est de même après les destructions artificielles. Pour peu qu'il subsiste quelques culs-de-sac glandulaires, leur prolifération suffit à reformer la muqueuse entière. Et si pendant ce travail de réparation, on maintient l'utérus à l'abri de toute influence nocive, la muqueuse nouvelle prend une structure normale. Au point de vue anatomique, Durelius (1) a étudié la muqueuse reformée après le curettage et lui a trouvé sa structure habituelle.

La destruction de la muqueuse est donc un procédé efficace de traitement des endométrites. Mais que faut-il pour que la muqueuse se régénère ? Il faut qu'il reste quelques culs-de-sac glandulaires. Par conséquent, tout procédé qui n'assure pas ce résultat d'une manière absolue doit-être condamné. Comment peut-on savoir si après l'intervention ces culs-de-sac glandulaires indispensables persistent? Dans certains cas ; il est aisé de s'en rende compte par l'examen microscopique.

En effet, il y a toujours un certain nombre de culs-de-sac glandulaires qui pénètrent jusque dans la musculeuse de l'utérus. Si donc on ne trouve dans les

(1) Durelius.—Zeitsch, f. Geb. und Gyn., t. X, p. 175.

parties enlevées ou éliminées que de la muqueuse, on part être sûr qu'il reste des éléments glandulaires. Si, au contraire, on y trouve du tissu musculaire, il est à peu près certain que toutes les glandes, tous les éléments épithéliaux ont été enlevés et que la régénération ne pourra pas se faire.

La *cautérisation galvano-caustique*, employée par Midderdorpf et Spiegelberg (1), a été de nouveau vantée par Apostoli. Il est certain qu'elle a donné de bons résultats. Néanmoins nous croyons que c'est un moyen auquel il faut renoncer. Rheinstœdter l'accuse d'entraîner des inflammations du tissu cellulaire péri-utérin. Le véritable reproche qu'il faut adresser à ce mode de cautérisation, c'est qu'on ne peut pas limiter son action. Rien n'indique à quel moment la muqueuse est détruite, à quel moment la cautérisation va aborder les couches musculaires superficielles où se trouvent logés ces culs-de-sac, sans lesquels la régénération de la muqueuse ne peut se faire. On s'expose donc à agir trop, c'est-à-dire substituer à la muqueuse un tissu de cicatrice, ou trop peu et à voir la métrite récidiver.

Les *caustiques solides* méritent le même reproche quand on les laisse séjourner dans l'utérus. On ne peut pas limiter leur emploi, et ils sont ou insuffisants ou trop puissants, c'est-à dire ou inutiles, dangereux. Nous ne parlerons pas des crayons médicamenteux de Recquerel et Rodier, des antrophores utérins qui leur ressemblent beaucoup, ni des divers appareils imaginés pour introduire les substances caustiques dans

(1) Spiegelberg. — Monats der Geb., vol XXXIV. j. 393.

l'utérus, pistolet utérin d'E. Martin, porte-remède de Dittel. Nous nous bornons à rappeler le crayon de nitrate d'argent que Courty laissait dans l'utérus.

C'est là un procédé qui a rendu certainement des services, mais qui est à peu près abandonné aujourd'hui pour d'autres meilleurs.

Le seul caustique solide employé aujourd'hui, c'est la pâte de Canquoin, préconisée par MM. Polaillon et Dumontpallier (1)

M. Dumontpallier emploie un crayon formé d'une partie de chlorure de zinc pour deux parties de farine de seigle. Ce crayon est introduit et laissé dans la cavité utérine. Vers le sixième jour l'eschare produite par le caustique s'élimine soit d'un seul coup, soit par fragments. Avec ce procédé on ne peut ni surveiller, ni limiter la profondeur de la cautérisation. Une fois le crayon introduit, tout est remis au hasard. Il est certain que la guérison peut se produire complète, mais il n'est non moins certain qu'il peut survenir des accidents graves de sténose ou d'atrésie du canal utérin. Rien n'est plus facile que d'étudier microscopiquement l'eschare produite par le chlorure de zinc, car les éléments y conservent leur morphologie et gardent la propriété de se colorer par les réactifs. Cette étude a été faite. Or MM. Cornil et Schœffer ont constaté qu'avec la musqueuse s'élimine la couche la plus superficielle de la muculeuse. D'après Schœffer, (2) la couche de musculeuse éliminée me-

(1) Dumontpallier. — Gaz. des hôp.., 1889 p. 605.
Polaillon. — Bull. de l'Acad. de méd., juillet 1889.

(2) Schœffer. — Centr. f. Gyn., 1891, nº 19, p. 383.

sure en épaisseur jusqu'à 3 millimètres. Cela seul suffit à condamner la méthode.

En effet, les couches superficielles de la musculeuse, les glandes sont détruites, il ne reste plus d'éléments épithéliaux, la muqueuse ne peut plus se reproduire. C'est au niveau de l'isthme que la cautérisation est plus profonde, et c'est là que les accidents sont le plus fréquents. Pour les éviter, M. Polaillon prend la précaution d'enduire les crayons dans la portion qui doit correspondre à l'isthme d'une couche de collodion ; ressource infidèle, car le chlorure de zinc qui fond dans l'utérus peut parfaitement couler entre la paroi et le collodion. A la suite de ces cautérisations trop profondes, on a observé des accidents de sténose ou d'atrésie du col. M. Lauth (1) qui a recueilli ses observations dans le service de M. Dumontpallier, rapporte un nombre relativement considérable de ces atrésies (13,5 pour 100).

La sténose due à la rétraction du tissu cicatriciel ne cède qu'à un long traitement par la dilatation. L'atrésie est due à la coalescence des bourgeons charnus développés des deux côtés de l'isthme. Les accidents qu'elle détermine sont encore plus graves (hématomètre, hématosalpinx).

M. Routier (2) en a signalé deux cas remarquables. Ces dangers sont si réels que M. Dumontpallier (3) a pris le parti de faire dans tous les cas, après la cautérisation, la dilatation progressive de l'utérus pendant

(1) Lauth. — Thèse de Paris 1889.
2. Routier. — Bull. et. mém. de la Loc. de Chir. p. 599, 15 oct. 1890.
3. Dumontpallier. — Acad. de méd., 4 août 1891.

quelques semaines. On voit que cette thérapeutique est telle que, immédiatement après l'avoir employée, on est obligé d'instituer un traitement énergique contre les accidents qu'elle détermine. Il faut donc l'abandonner.

Plus récemment M. Dumontpallier a vanté des crayons contenant parties égales de sulfate de cuivre et de farine de seigle. Ces derniers sont certes beaucoup moins caustiques; M. Dumontpallier n'a jamais observé d'accidents à lasuite de leur emploi: mais il faut attendre de nouveaux faits pour savoir s'ils sont suffisamment efficaces.

Les caustiques liquides peuvent être utilisés soit en injections, soit en attouchements faits avec des tampons d'ouate hyprophile enroulés autour d'une sonde.

Les injections caustiques ont été fort employées par Lisfranc et Vital de Cassis.

Il est inutile d'entrer dans l'exposé des nombreuses polémiques que cette pratique a suscitées pour savoir si elle n'exposait pas à faire pénétrer le liquide par les trompes jusque dans le péritoine. Il est surabondamment démontré aujourd'hui qu'en faisant ces injections avec un bon instrument, la seringue de Braun par exemple, et en suivant certains préceptes fort simples, on ne s'expose à aucun accident. On observe quelquefois une douleur très vive sa'ccompagnant même de tendance syncopale; mais c'est rare et c'est tout. Les seringuesen question sont faites de telle sorte que leur capacité soit à peu près égale à celle de l'utérus. La première condition pour que l'injection soit sûrement inoffensive, c'est que la canule ne soit pas

serrée par le col, et que le liquide puisse aisément revenir autour d'elle.

Si donc le col est étroit, il faut le dilater. Pour faire l'injection, on introduit la canule jusqu'à ce que son extrémité touche le fond de l'utérus. Alors on commence à pousser doucement le piston et en même temps on retire progressivement la seringue, de façon à ce que l'extrêmité de la canule soit dans le col quand le piston arrive au bout de sa course.

Pour ces injections on a employé divers liquides, dont les principaux sont la teinture d'iode, le perchlorure de fer et la glycérine créosotée au tiers ou au dixième. Le perchrorure de fer a l'inconvénient de former des coagula noirâtres, qui s'éliminent difficilement de l'utérus. On a également reproché à la teinture d'iode de précipiter l'albumine et de former des grumeaux dans la cavité utérine. D'après Nott (1), ce reproche n'est pas fondé. La teinture d'iode ne formerait qu'un précipité très fin qui aurait l'avantage de prolonger son action. Les injections de teinture d'iode ou de glycérine créosotée rendent de grands services. Les métrites catarrhales légères peuvent guérir sous leur seule influence.

Pour les attouchements intra-utérins, on a employé bien des substances : nitrate d'argent, nitrate acide de mercure, acide nitrique, chlorure de zinc, acide phénique concentré. L'acide phénique et l'acide nitrique sont d'un usage courant en Amérique. Le chlorure de zinc en solution à 50 pour 100 a été très vanté en 1886

1. Nott. — Amer. Journ. of obst., 1870, t. III, p. 36

par Rheinshedter (1), qui depuis y est revenu à diverses reprises. Brœse (2) s'est fait le champion de la méthode. Elle consiste tout simplement à introduire rapidement jusqu'au fond de l'utérus un tampon d'ouate hydrophile roulé autour d'une sonde (sonde de Playfair ou toute autre du même genre) imbibée de la solution de chlorure de zinc à 50 pour 100 et à l'y laisser une minute au plus. On répète ces attouchements tous les huit jours, ou deux fois par semaine.

Il y a là un mode de traitement qui jusqu'ici parait inoffensif, qui a donné de très bons résultats à ceux qui l'ont employé en suivant les règles prescrites par Rheinstœdter et Brœse, et qui par conséquent est digne d'être expérimenté surtout dans les endométrites après la ménopause qui n'ont pas une grande gravité.

Le *curettage de l'utérus*, inventé par Récamier pour le traitem nt des endométrites fongueuses, était tombé, sous le conp des accidents septiques, dans le plus profond discrédit. Puis, grâce à l'antisepsie, il a repris une telle faveur, qu'il n'est certes pas d'opération qu'on pratique le plus souvent aujourd'hui : mais on n'en obtient pas toujours les résultats qu'il est capable de donner, parce qu'on le pratique mal, et le temps n'est peut-être pas éloigné où, sous l'influence d'échecs nombreux dûs à des fautes de technique, il se fera contre lui une réaction injuste et exagérée. Cette opération nécessite des soins post-opératoires

1. Rheinstœdter — Grundz. d. Gym. 1886, p. 481. — Centr. f. Gym., 1888, nº 34, p. 545, et nº 37, p. 593.

2. Brœse, Gesells, f. Geb. und. Gym. zu Berlin, 8 et 22 juin 1888.

qui sont aussi délicats et aussi importants que l'opération elle-même.

Nous ne pouvons ici qu'indiquer sommairement la technique opératoire. Il faut pratiquer l'opération du cinquième au quinzième jour après les règles, l'antisepsie du vagin doit avoir été faite soigneusement, et pour l'obtenir complète il faut plusieurs jours de pansements assidus. M. Pozzi fait le curettage sans dilatation préalable de l'utérus. M. le profeseur Trélat enseignait au contraire que la dilatation large de l'utérus devait être le premier temps du traitement de la métrite. La dilatation a en effet l'avantage de transformer le clapier, qu'est l'utérus, en un large canal dont toutes les sécrétions peuvent s'écouler aisément. Il a encore l'avantage de diminuer ou de supprimer les innombrables anfractuosités, qui dans le canal cervical rendent absolument impossible l'action complète de la curette : il nivelle en quelque sorte la cavité utérine. On peut le faire d'avance avec les laminaires conservés dans l'éther iodoformé, ou extemporanément avec les bougies d'Hégar, comme l'a fait mon maître, M. le professeur Duret (Voir les observations inédites et personnelles I et II). Il faut pousser la dilatation jusqu'au n° 15. Souvent il est commode d'associer les deux procédés de dilatation.

Certains gynécologues préfèrent les curettes mousses ; d'autres aiment mieux les curettes tranchantes ; leur action leur paraît plus rapide, plus sûre, et elles n'exposent à aucun danger. Quant aux divers modèles de curettes, dont quelques uns ne diffèrent que par des nuances, c'est affaire de goût personnel.

Le col étant fixé par une pince, la curette est introduite d'emblée au fond de l'utérus, et à longs coups donnés du fond vers le col, on gratte toutes les parois, les angles qui sont du reste supprimés par la dilatation et le fond. Aux premiers coups on sent que la curette entre dans un tissu mou, sans résistance ; puis bientôt on arrive sur une paroi plus ferme, dont le frottement produit une sorte de crépitation particulière perceptible à l'oreille et à la main.

Sur le col il faut insister davantage, car la muqueuse est plus adhérente ; on ne doit s'arrêter que quand on fait ainsi crier partout le muscle utérin. Il n'y a pas de danger d'aller trop loin ; car le muscle ne se laisse pas entamer et il protège les culs-de-sac glandulaires d'où va partir la régénération de la muqueuse. Quand on croit avoir tout gratté il faut repasser encore une fois la curette tout autour de l'utérus pour bien s'assurer qu'il ne reste pas de tissu mou. Le curettage fini, on fait un abondant lavage de la cavité utérine, pour enlever tous les débris. Puis il est bon d'y pousser un écouvillon gros et dur imbibé soit de glycérine créosotée, soit de teinture d'iode, soit de chlorure de zinc au 1/100. Cette écouvillon entraîne les fragments de muqueuse en partie détachés par la curette, et il fait pénétrer dans la paroi la substance antiseptique dont il est imprégné.

Si l'on n'a pas d'écouvillon, on peut se borner à faire une injection soit de teinture d'iode, soit de glycérine créosotée avec la seringue de Braun. Pendant l'injection, il faut irriguer le vagin, pour éviter l'action irritante de ces solutions. Certains gynécologues em-

ploient le perchlorure de fer; d'autres trouvent cette substance mauvaise, parce qu'elle forme dans l'utérus des coagula adhérents, que le lavage ne suffit pas à entraîner, et qui mettent fort longtemps à s'éliminer.

Les divers temps accomplis, il suffit dans les cas légers de placer un tampon de gaze iodoformée sur le col, et, sur la vulve, un pansement ouaté tenu par un bandage en T ; il est indispensable de continuer les soins antiseptiques jusqu'à la fin des premières règles. Quand il s'agit de métrites invétérées, quand il y a des lésions des annexes au début, il faut tamponner la cavité utérine avec une lanière de gaze iodoformée : on maintient ainsi pendant quelques jours la dilatation et l'action antiseptique intra-utérine.

On peut dire que les accidents du curettage sont nuls quand on prend toutes les précautions antiseptiques. La perforation de l'utérus est pour ainsi dire impossible, hormis les cas de métrite puerpérale où toute la paroi est ramollie. Dans ces cas là il faut de grandes précautions, et il est utile, avant de faire le curettage, de s'assurer, en promenant l'hystéromètre en divers points, de la résistance de la paroi. Il vaut mieux, si la paroi paraît ramollie, se servir de larges curettes qui, agissant sur une plus ample surface, exposent moins à la perforation.

Quant à l'hémorragie, il est rare de la voir devenir menaçante ; si par hasard elle le devenait, le tamponnemenl intra-utérin à la gaze iodoformée suffirait à la maîtriser.

On peut se passer d'anesthésie ; cependant l'opéra-

tion est assez douloureuse pour la justifier, et il vaut mieux y recourir.

La majorité des gynécologues emploient l'anesthésie chloroformique; quelques-uns emploient la cocaïne, qui paraît amener plutôt une diminution qu'une suppression de la douleur. Quant à l'abaissement de l'utérus, il devient inutile ; avec le large spéculum de Collin, on opère aussi aisément que sur un utérus abaissé. Il est dons préférable de ne pas faire l'abaissement, car c'est une manœuvre qu'il faut éviter toutes les fois qu'elle n'est pas indispensable.

En résumé, dans la métrite hémorrhagique, il n'y a pas à hésiter, c'est au curettage qu'il faut recourir; c'est là qu'il donne ses plus beaux succcès. En fait de traitement palliatif, seules les injections vaginales chaudes, et peut-être l'extrait fluides d'hydrastis canadensis (1), méritent quelque confiance. L'ergot de seigle ne donne aucun résultat; et nous ne pensons pas qu'on ait beaucoup employé la digitale, recommandée par Gallard (2). En cas d'hémorrhagies redoutables, il n'y a pas à s'arrêter à des demi-mesures, il faut immédiatement, en pleine hémorrhagie, porter la malade sur le lit d'opération, dilater l'utérus et faire un curettage soigné, suivi d'un tamponnement intra-utérin. Le résultat immédiat est toujours pleinement satisfaisant. Malheureusement il n'en est pas toujours

(1) M. Pozzi a essayé l'extrait fluide d'hydastis canadensis avec des résultats encourageants.

Cabanes. — Thèse de Paris, 1889.

Jernans. — Thèse de Berlin, 1883.

(2) Gallard. — Leçons cliniques sur les maladies des femmes. Paris, 1879.

de même des résultats éloignés. Il n'est pas rare de voir la métrite hémorrhagique récidiver sous la même forme au bout de quelques mois. Il faut alors recourir à un nouveau curettage ; son innocuité permet de le recommencer.

Dans les métrites purulentes, c'est encore le curettage qui est préférable. Les métrites purulentes, quelquefois hémorrhagiques des vieilles femmes résistent au curettage lorsque la muqueuse utérine n'existe plus. On peut alors employer sans crainte les caustiques énergiques et même le fer rouge, car l'utérus n'a plus aucun rôle à jouer.

S'il y a des altérations du parenchyme utérin il ne faut pas oublier qu'elles sont presque toujours liées d'une manière directe ou indirecte aux lésions de la muqueuse. Aussi pensons-nous qu'il faut toujours commencer par agir sur cette dernière, et rien n'est plus propre dans ce cas à produire une révulsion énergique que le curettage. Quand il existe des lésions avancées du col, telles que des érosions et, sous celles-ci, des kystes glandulaires, il est nécessaire d'agir directement sur elles après le curettage. Souvent il suffit de cautérisations au nitrate d'argent ou à la teinture d'iode.

OBSERVATIONS

I

OBSERVATION INEDITE

(PERSONNELLE.)

Leucorrhées fétides après la ménopause. — Endométrites glandulaire et myxomateuse. — Curettage. — Guérison.

Mme X... est âgée de 52 ans; elle est arthritique et a un tempérament lymphatique. Elle a eu trois enfants; elle n'est plus réglée depuis plusieurs années. Depuis quatre à cinq ans elle a des pertes blanches qui augmentent de plus en plus malgré les divers traitements appropriés. Parfois elle a de véritables débacles consistant en de grandes quantités d'un liquide opalescent, ressemblant à un pus aqueux. onctueux et fétide qui mouille largement tout son linge. Elle a employé sans succès des injections diverses. On a fait des pansements à la glycérine avec tannin et acide borique, des cautérisations intra-cervicales; on a appliqué des crayons d'iodoforme, etc. La malade a fait une saison à Salins.

A l'examen le col est gros, la matrice est volumineuse; il y a un écoulement sanieux très-abondant. On ne trouve aucun signe de fibrôme, de cancer, ou de toute autre lésion organique. La malade éprouve de l'essoufflement quand elle marche et surtout quand elle monte les escaliers; elle a des palpitations, des troubles digestifs, de l'anorexie et des migraines, des tiraillements dans les aines et les cuisses des douleurs dans les reins et dans le bas-ventre. Mme X... est très pâle et très anémiée; elle a une teinte subictérique.

Voyant l'inutilité des traitements rationnels employés jus-

qu'à ce jour, mon père conseille le curettage de l'utérus qui fut pratiqué méthodiquement par M. le Docteur Duret, ancien chirugien des hôpitaux de Paris.

Au moment de l'opération, le col de la matrice était volumineux ; ses orifices et ses cavités étaient très élargis, de telle sorte qu'il fut à peine nécessaire de passer quelques numéros des sondes d'Hégar pour faire la dilatation.

La curette fut facilement introduite et elle donna immédiatement la sensation d'une muqueuse molle, épaissie, comme veloutée.

L'instrument ramena aisément à chaque introduction des fragments d'une membrane rouge violacée, fragile et presque gélatineuse. A deux reprises différentes vinrent aussi des polypes myxomateux du volume d'une noisette. On put extraire le volume de deux cuillérées à bouche de débris muqueux et myxomateux. Le curettage fut méthodique et porta sur les parois antérieure et postérieure, sur les bords, sur le fond et sur les angles de la cavité utérine. On gratta aussi très soigneusement la surface du col où la muqueuse avait une consistance plus ferme, et on pela en quelque sorte la surface vaginale du col.

Le curettage fut suivi d'un écouvillonnage avec de l'ouate aseptique, imbibée dans le sublimé et promenée à frottement dur sur toute la surface interne de l'utérus. Un dernier écouvillon fut imbibé d'une solution de chlorure de zinc au 1/100 et servit à cautériser toute la muqueuse.

Lavage du vagin à grande eau, additionnée au 1/3 de sublimé au 1/1000.

Pansement avec une lanière de gaze iodoformée.

Les suites de cette intervention furent bénignes. — Pas de fièvre.

Le pansement fut changé le troisième jour : la gaze est imbibée d'un liquide roussâtre qui diminue rapidement.

Au bout de huit jours on fit des injections vaginales seulement et des pansements à la glycérine boriquée. Après trois semaines, la malade put se lever et bientôt le rétablissement fut complet.

Aujourd'hui, un an après l'opération, Mme X... n'a plus de pertes d'aucune sorte ; elle jouit d'une santé excellente.

Nous considérons que dans ce cas il s'est agi d'une endométrite catarrhale ou glandulaire.

II

OBSERVATION INÉDITE

(PERSONNELLE)

Endométrite interstitielle liée à la ménopause. — Curettage. — Guérison

Mme X..., est âgée de 46 ans ; elle est lymphatique. Son père est mort à un âge avancé d'une bronchite chronique ; sa mère est morte à l'âge de 70 ans, probablement d'une affection organique des intestins. Elle a eu trois enfants. Elle a deux sœurs plus âgées : l'une a 47 ans, l'autre, 50 ans ; elles sont encore réglées toutes les deux. Mme X... a eu ses règles pour la première fois à l'âge de 15 ans ; depuis cette époque, les règles ont toujours été très régulières jusqu'en mai 1892. Elles ont fait défaut pendant ce mois. Elles reparurent après un mois de retard. Depuis lors jusqu'à la fin de l'année 1892, Mme X... continua de perdre du sang presque constamment. Aussi elle devint très pâle, anémique, présentant un peu de bouffissure de la face. — Rien dans les urines.

A l'examen, en juillet, on trouve une parfaite mobilité de la matrice ; les culs-de-sac sont libres ; il n'y a pas de points douloureux ; il existe seulement un peu de sensibilité au palper abdominal au niveau de l'utérus. On ne trouve aucun si-

gne de fibrôme, de cancer, ou de toute autre lésion organique.

A la visite au spéculum, on constate que le col est gros, entr'ouvert et exulcéré ; on voit suinter le sang au niveau de l'ulcération.

A partir de ce moment, on fait des pansements réguliers avec des tampons de ouate phéniquée imbibés de glycérine, à l'acide borique, au tannin, et on pratique de temps en temps des cautérisations au nitrate d'argent. Malgré l'amélioration graduelle, les pertes continuent irrégulièrement, tantôt peu abondantes, elles constituent à certains jours une véritable hémorrhagie.

On ajoute au traitement suivi le repos, les injections chaudes de 40° à 50°, deux fois par jour; les diverses préparations ordinaires d'ergot de seigle, d'ergotinine, la teinture d'ydrastis canadensis, les application froides sur le ventre etc.

Vers la fin de novembre, l'ulcération était entièrement guérie et cependant le sang que l'on voit sortir de l'intérieur de la matrice ne s'arrête pas.

Mon père propose alors le curettage de l'utérus, et, après une consultation avec le docteur Duret, ancien chirurgien des hôpitaux de Paris, qui partagea cet avis, l'opération fut décidée et pratiquée le 27 décembre 1892.

Le curettage fut fait après avoir introduit le large spéculum de Collin. Dilatation facile. La curette ne ramena à chaque introduction que des lambeaux assez minces quoique étendus de la muqueuse. Au-dessous le tissu était dur, résistant et criait sous l'action de la curette. La quantité de débris enlevés ne dépasse guère la capacité d'une demi-cuillérée à bouche. Il n'y a pas cette altération myxomateuse, cet épaississement de la muqueuse que nous trouvons dans l'observation précédente. Aussi y a-t-il lieu de penser qu'on était en présence d'une endométrite interstitielle, fibreuse, avec développement anormal et dilatation des vaisseaux superficiels, ce qui expliquerait les hémorrhagies.

La curette n'a pas ramené de polypes myxomateux. Peut-être aussi y avait-il à la surface interne de l'utérus quelques exulcérations analogues à celles qui avaient existé sur le col?

Pendant quelques jours après le curettage, la malade a perdu des eaux roussâtres, mais, dès le quatrième ou cinquième jour, tout était terminé, et, depuis ce temps, il n'y a plus eu d'écoulemennt d'aucune sorte. Les règles ont reparu un mois après l'opération et ont suivi leur cours régulier.

Aujourd'hui Mme X... jouit d'une santé excellente.

OBSERVATION III

Congestion utérine hémorrhagipare, datant d'une année, liée à la ménopause.

F. Duparcque. — Maladies de la matrice, 1839, Paris, T. I. — Obs. LXVIII, p. 201.

Une femme de 42 ans, d'une forte constitution, grande, n'avait jamais éprouvé de dérangements dans la menstruation depuis son dernier enfant qu'elle avait eu à l'âge de 36 ans. Pour la première fois, au moment de la ménopause, ses règles avancèrent; l'écoulement fut prolongé, mais modéré jusqu'à la seconde époque menstruelle suivante où il se déclara une hémorrhagie presque foudroyante. Après huit jours de repos, la malade reprit ses occupations. Les hémorrhagies revinrent moins abondantes, mais à des époques très rapprochées; dans l'intervalle, il s'écoulait incessamment de la vulve un sang séreux avec douleurs dans les reins et dans le bas-ventre. Deux saignées, des boissons astringentes, quelques jours de repos, diminuèrent et firent même disparaître quelquefois les accidents, mais c'était pour revenir bientôt. Un an après cette femme fit appeler M. Duparcque; elle était complètement décolorée, étiolée, avec une teinte jaune paille; elle avait conservé une apparence d'embonpoint, mais les chairs

étaient molles et le tissu cellulaire œdématié, les paupières et les extrémités inférieures fortement infiltrées. Inappétence, insommie, chaleur incommode autour du bassin, sentiment de pesanteur sur le fondement, avec douleurs sacro-lombaires continuelles, sourdes et de temps à autres accompagnées d'élancements. L'utérus était abaissé, son col appuyait sur la fourchette et pouvait être aperçu en écartant les grandes lèvres ; il était gonflé, d'un rouge brun, ferme à la circonférence, mais de plus en plus ramolli vers l'orifice qui était dilatable au point de laisser pénétrer le doigt, mais non béant. Il s'écoulait de l'orifice un liquide rouge, le toucher fit couler une assez grande quatité de sang noir. La boufissrue et le gonflement de l'abdomen ne permirent pas d'obtenir de résultat du palper hypogastrique, mais le toucher par le rectum fit sentir toute l'étendue de l'engorgement du col. Il paraissait avoir environ deux pouces de hauteur et se confondait avec le corps de la matrice, dont on pouvait sentir la forme et la limite postérieure.

Traitement : Position horizontale, corps élevé à l'aide d'un paillason de balle d'avoine, saignée de trois palettes, frictions rudes sur la peau ; boissons acidulées, bouillons.

Dès le quatrième jour, l'utérus était remonté par le fait de la position couchée de la malade ; il y avait moins d'écoulement. Trois petites saignées sont pratiquées à six ou huit jours d'intervalle. Ventouses sèches et sinapisme promenées sur la peau. L'engorgement était réduit de plus de moitié au bout de six semaines, le col était souple, mou, mais saignant encore facilement par le toucher. Douleur disparue.

Plus tard, sous l'influence d'un traitement approprié et des toniques, tout écoulement avait cessé, le col de l'utérus était du volume du pouce, souple, mou, élastique. L'appétit reprenait. La malade put bientôt se lever et aller à la campagne, mais il lui fallut plus de deux ans pour reprendre ses forces et son teint.

La disparition complète de la lésion, le retour à la santé doivent faire écarter de suite l'idée d'un cancer de l'utérus, dont cette malade avait présenté quelques signes rationnels.

(métrorrhagie, œdème, teinte cachectique etc.) De ces congestions utérines intenses à la métrite, il n'y a qu'un pas ; celle-ci à son tour peut être la seule cause des métrorrhagies. M. Hérard depuis longtemps déjà en a rapporté des exemples.

OBSERVATION IV

Métrite interne chronique après la ménopause.

(TROUSSEAU. — Gazette des hôpitaux de 1856)

Malade âgée de 56 ans ; il y a huit ans, ménopause ; il y a dix-huit mois, réapparition du flux cataménial sans trop de douleur du côté des lombes et du bas-ventre. A partir de ce moment, écoulement presque continuel de sang et de fleurs blanches. Le col utérin est aplati, raccourci ; le corps de l'utérus un peu plus volumineux.

Une abrasion de la muqueuse est faite avec la curette utérine ; on enlève des fongosités à peu près grosses comme une noisette ; pas de douleurs ni d'accidents. Nouvelle abrasion huit jours après ; on ne ramène que très peu de fongosités. Une troisième fois, rien ; cautérisation avec le porte-caustique de Lallemand : cessation de l'écoulement sanguin et des fleurs blanches ; la malade est bien guérie.

Trousseau ajoute à cette observation les réflexions suivantes : « Ces cas de fongosités, chez des femmes un peu âgées, sont assez rares ; cependant leur ressemblance avec les autres permet d'admettre qu'ils sont de même nature. »

OBSERVATION V

(RÉSUMÉE)

Endométrite aiguë, après la ménopause. — Mort
J. TILT. — The change of lise in healsh and diseases, Londres, 1870, 3e édition, page 250).

Mme T..., âgée de 64 ans, très grasse et d'une santé florissante, consulta pour la première fois à 44 ans, le docteur Smith, de Weymouth, pour des ménorrhagies. L'utérus était très congestionné; des sangsues furent appliquées à plusieurs reprises sur le col, et la malade fut renvoyée en apparence guérie.

A 67 ans, nouvelles hémorrhagies qui cédèrent à des injections astringentes.

La menstruation cessa à 50 ans sans accidents, mais à 54 ans, Mme T.... commença à perdre du sang par l'utérus, symptôme qui persista plus ou moins jusqu'à sa mort. Elle se plaignait également de douleurs pelviennes très vives qui revenaient par crises d'une ou deux heures de durée. Le docteur Smith, consulté de nouveau, pratiqua la dilatation du col dans le but d'atteindre une tumeur intra-utérine s'il en existait une, mais il n'en trouva point.

Il en conclut qu'il s'agissait d'un fibrôme interstitiel.

Le doctenr Till, consulté à son tour, trouva l'utérus augmenté de volume et douloureux à la pression. Il constata que quand l'hémorrhagie s'arrêtait, un peu de pus jaillissait du col en causant de la douleur. Rapprochant ce fait des douleurs paroxystiques que ressentait la malade, il porta le diagnostic d'*endométrite aiguë* et son opinion fut partagée par son confrère le docteur Barues.

Malgré les sédatifs variés qui furent employés et des injec-

tions intra-utérines de perchlorure de fer, les douleurs persistèrent ainsi que les hémerrhagies et la malade mourut épuisée à 64 ans.

OBSERVATION VI

Métrite interne chronique après la ménopause

(BOURLET. — Thèse de Paris, 1879)

Mme Cl..., 54 ans, réglée à 14 ans, difficilement au début, régulièrement depuis. Elle a eu quatre enfants à terme, le premier à 20 ans, le dernier à 45. Les règles n'ont pas reparu depuis cet accouchement ; il y a seulement quelques pertes blanches, assez peu abondantes pour ne pas incommoder la malade.

Depuis trois ans, elle accuse de vives douleurs, abdominales avec prédominance du côté gauche. La leucorrhée est toujours peu abondande.

Les fonctions digestives ne sont pas troublées d'une manière sérieuse ; l'appétit est conservé ; après le repas seulement, la malade observe du ballonnement du ventre. Elle est peu nerveuse.

10 octobre 1877. Au toucher, le col est petit et douloureux à la pression, l'utérus mobile, le corps arrondi et plus volumineux que ne semblerait l'indiquer le col.

Par l'orifice externe, on voit s'échapper un liquide séro-purulent en petite quantité. Si on pratique le cathétérisme, la sonde pénètre facilement et on peut la tourner dans tous les sens très aisément. La cavité utérine mesure 6 centimètres et demi.

Ces signes et la marche de l'affection permettent de diagnostiquer une métrite interne.

Cautérisation de la cavité à l'aide de l'hystéromètre porte-caustique de M. Siredey. Au fond du vagin, tampon imbibé de coaltar sapomide.

7 novembre. Même état. Nouvelle cautérisation intra-utérine au nitrate d'argent.

Le 21. Ecoulement purulent par l'orifice du col qui est très ouvert. Troisième cautérisation au nitrate d'argent.

10 décembre. L'écoulement a à peu près disparu ; il est devenu sérieux. Quatrième cautérisation.

16 janvier 1878. Il n'y a plus d'écoulement, les douleurs abdominales ont disparu. M. Siredey pratique encore une cautérisation au nitrate d'argent et la malade ne revient plus à la consultation.

OBSERVATION VII

Métrite chronique interne après la ménopause

(Bourlet. — Thèse de Paris 1879.)

Mme J..., 60 ans, se présente le 17 juillet 1878 à la consultation de M. Siredey.

Réglée à 20 ans, régulièrement, elle s'est mariée à 30 ans. Au bout de trois mois, fausse couche, à la suite de laquelle apparaissent des pertes blanches continuelles, mais sans souffrances assez vives pour nécessiter une consultation.

Il y a environ 15 ans, douleurs abdominales très vives, s'irradiant dans les deux fosses iliaques. Les caractères de l'écoulement ont changé, il est devenu jaunâtre et d'une félidité qui inquiète la malade. Elle s'adresse alors à Velpeau qui lui

prescrit une poudre rouge dont elle ne connaît pas la composition. Tampon pour maintenir cette poudre. La malade s'en applique elle-même pendant plusieurs jours, et la fétidité disparaît en même temps que l'exagération de la douleur, et l'écoulement redevient blanchâtre.

Il y a huit ans, ménopause, sans troubles marqués. Les pertes blanches continuent, mais sans inquiéter la malade, car elles sont peu abondantes.

Il y a quatre ou cinq mois, l'écoulement a augmenté, il est blanc jaunâtre et empèse le linge il prend en même temps l'odeur fétide d'il y a quinze ans. La malade se contente des soins de propreté et ne demande pas l'avis d'un médecin.

Il y a une quinzaine de jours, légère métrorrhagie qui s'arrête d'elle-même sous l'influence du repos. Mais les douleurs abdominales reparaissent, la malade éprouve une sensation de pesanteur au périnée. Selon son expression pittoresque, il lui semble qu'elle a un poids dans le ventre. Pas de douleurs ni de troubles dans la miction et dans la défécation. L'appétit est conservé, mais les digestions sont lentes et difficiles. Mme J... est très affectée de son état.

Tels sont les renseignements qu'elle nous donne. Elle est pâle, amaigrie les traits sont tirés, les yeux cernés; elle présente enfin le type de ce qu'on a appellé le facies utérin.

Au toucher, on trouve un col infantile, lisse, de consistance normale; il est difficile de sentir l'orifice externe. Pas de doulenr à la pression. L'utérus est mobile, son volume est grand relativement à celui du col. On constate une légère antéflexion. Par l'examen au spéculum, on voit le col un peu rouge; il n'est pas entr'ouvert. Cette rougeur se propage aux culs-de-sac et dans la partie supérieure du vagin. Un liquide purulent, très fétide, s'échappe par l'orifice externe, mais en petite quantité.

L'hystéromètre pénètre très facilement dans la cavité utérine, on peut l'y promener dans tous les sens. Son introduction permet de constater l'antéflexion que nous avons signalée. La cavité mesure 5 centimètres et demi.

M. Siredey pratique une cautérisation intra-utérine au ni-

trate d'argent au moyen de son hystéromètre porte-caustique, et applique au fond du vagin un tampon imbibé de coaltar saponiné.

24 juillet. La malade n'a pas éprouvé beaucoup de douleur après la cautérisation. Même traitement.

31 juillet, 7 août. Même traitement.

Le 14. L'écoulement de purulent et fétide est devenu muco-purulent et inodore. Nouvelle cautérisation au nitrate d'argent.

28 août, 18 septembre, 2 octobre. Même état. Même traitement.

Le 16 octobre. L'écoulement est encore mico-purulent. Avec l'hystéromètre on ramène un liquide limpide. Après l'exploration il s'écoule un liquide plus crémeux. Même traitement.

9 novembre, La quantité de liquide diminue, Même traitement.

Le 20. Le col est absolument sain, de même que les parois vaginales, Plus d'écoulement. L'hystéromètre ramène une goutte de liquide glaireux sans odeur. Après la cautérisation au nitrate d'argent. injection simple dans le conduit vaginal.

4 décembre. L'état général s'est amélioré; la face est un peu plus animée; cependant les douleurs abdominales n'ont pas disparu complètement. L'écoulement est complètement tari; aussi M. Siredey ne fait pas de cautérisation.

OBSERVATION VIII

Métrite interne chronique après la ménopause

(Bourlet, Thèse de Paris 1879).

Mme G..., réglée à 11 ans, toujours régulièrement. Ménopause à 35 ans. Elle a eu trois enfants, le dernier il y a trente-quatre ans. Depuis ce temps, pertes blanches. Depuis un an environ, le liquide est devenu jaunâtre et fétide; il y a quelquefois des métrorrhagies. La malade éprouve de la cuisson en urinant.

26 décembre 1876. Le col est effacé, reconnaissable seulement à son orifice; l'utérus est rudimentaire, mollasse. On observe une rougeur très vive du col et du fond du vagin qui saignent au moindre contact du doigt et du spéculum. Un liquide purulent baigne le fond du vagin; il a sa source dans la cavité utérine qui ne mesure pas plus de 4 centimètres. L'hystéromètre y pénètre assez facilement et peut s'y mouvoir.

Cautérisation de la cavité utérine au nitrate d'argent au moyen de l'hystéromètre porte-caustique de M. Siredey.

24 janvier 18 7. Métrite et vaginite toujours très intense.

Ecoulement abondant de pus par l'orifice du col.

Traitement par la poudre de tan dans le vagin.

Cette observation, ajoute Bourlet, s'arrête ici, mais elle montre que l'écoulement fétide n'est peut-être pas aussi rare qu'on pourrait le supposer, en lisant les différents auteurs qui ont écrit sur cette question.

OBSERVATION IX

(RÉSUMÉE)



Métrite de la ménopause

(MARC COLLINET. Thèse de Paris 1887.)

La nommée Lœtitia C..., couturière, âgée de 47 ans, se présente au dispensaire du faubourg Poissonnière le 5 novembre 1886.

Elle est atteinte de troubles utérins et se plaint d'une leucorrhée assez abondante.

Le col est un peu mou, volumineux, couvert d'exulcérations folliculaires (métrite du col).

Aucune lésion péri-utérine,

Chaque fois que la malade a ses règles, qui en ce moment surviennent à des époques très irrégulières, elle est très souffranle et très oppressée.

Pas d'antécédents héréditaires, ni de maladies antérieures : elle a deux enfants en bonne santé, l'un âgé de 15 et l'autre de 10 ans.

Traitement. — Pansements vaginaux glycérinés. Bains.

Irrigations avec une décoction d'écorce de chêne.

Amers à l'intérieur.

22 novembre. Etat amélioré : La malade commence à avoir ses règles, qui ont trois jours d'avance sur le mois dernier. On suspend les pansements vaginaux.

24 novembre. La malade est très essoufflée. Elle tousse : elle a de la congestion des deux bases. L'expectoration est abondante et adhérente au vase. Les crachats sont sanguinolents.

Il y a des deux côtés de l'œdème malléolaire.

Véritable folie du cœur. Il est presque impossible de distinguer le premier bruit du second. Faux pas nombreux. Pas de souffles.

Pouls petit, irrégulier, dépressible. Les pulsations avortées sont fréquentes. La malade a eu quelques nausées, mais pas de vomissements.

Traitement. — Potion avec KBr. 4 gr. et macération de feuilles de digitale, 0, 40 centigrammes, à prendre dans la journée.

25 novembre. Un peu d'amélioration. On lui fait des frictions térébenthinées sur la poitrine, et on continue le traitement.

27 novembre. Douleurs utérines violentes. Quatre capsules d'apiol.

28. novembre. Amélioration. On continue l'administration de l'apiol.

30 novembre. Les règles cessent, le cœur est normal, pas de souffle, pas de congestion pulmonaire : l'œdème malléolaire existe encore. A cet égard, on fait un peu de compression avec une bande de flanelle.

3 décembre. La malade va bien. Les tampons glycérinés contre la métrite sont continués.

15 janvier 1887. La malade n'a pas eu ses règles. Le mois dernier elle a eu une journée d'hémorrhoïdes.

Son cœur est normal ; son état général est bon, elle n'est pas oppressée : en un mot elle se trouve très bien.

Cette observation, ajoute Collinet, montre que les troubles qui dominent dans les métrites de la ménopause sont les phénomènes réflexes que les anciens désignaient sous le nom de troubles sympathiques.

Le système nerveux devient irritable, impressionnable. Le cœur bat d'une façon tout à fait arythmique ; quelquefois même il peut exister une véritable asystolie nerveuse, liée intimement aux modifications involutives de l'utérus.

OBSERVATION X

(RÉSUMÉE)

Métrite interne hémorrhagique liée à la ménopause. — Mort et autopsie

(MARC COLLINET. — Thèse de Paris 1887)

La nommée Héloïse B..., âgée de 47 ans, couturière, entre le 2 juin 1884, dans le service de M. le docteur Tillaut.

Cette malade se présente à la consultation perdant du sang par le vagin en quantité abondante : elle est très affaiblie. On croit, à première vue, à un cancer utérin ; le toucher pratiqué aussitôt apprend que cette hypothèse n'est pas fondée. Elle est alors admise dans le service.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort à 80 ans : il avait eu, à plusieurs époques, quelques légères atteintes de rhumatisme.

Sa mère est morte à l'âge de 50 ans, avec des pertes utérines très abondantes : elle ne peut donner d'autres renseignements sur la maladie de sa mère.

Elle a deux frères plus jeunes qu'elle ; ils se portent bien.

Elle a eu dans sa vie trois fausses couche de 5, 6 et 9 mois, à l'âge de 20 ans, 30 ans et 32 ans. Dans l'intervalle, c'est-à-dire à l'âge de 25 ans, elle a mis au monde un enfant mâle bien constitué, qui a vécu jusqu'à l'âge de 4 ans ; il est mort du croup à cette époque, mais il n'avait jamais fait d'autres maladies.

La malade qui fait le sujet de cette observation a eu la fièvre typhoïde à 28 ans : elle a été soignée à l'Hôpital St-Antoine et s'est rétablie en l'espace de deux mois.

L'époque du commencement de la maladie remonte à un an. Jusque-là, c'est-à-dire jusqu'à 46 ans, elle avait été parfaitement réglée, sauf au moment de la fièvre typhoïde. Elle a commencé alors à avoir de petites pertes menstruelles.

Son flux sanguin, qui d'ordinaire durait trois jours, en quantité médiocre, s'est prolongé jusqu'à 8 et 10 jours.

La quatité de sang rendue s'est accrue. Lorsque ses règles se terminaient, elle perdait beaucoup d'eau qui tachait le linge, et qui était quelquefois légèrement fétide.

Elle souffrait à ce moment et le sang contenait quelques caillots noirâtres. — Les symptômes se sont de plus en plus accusés : la malade a maigri, a perdu ses forces et s'est décidée à rentrer à l'hôpital.

Etat actuel. — Malade pâle, maigre, profondément anémique, pas de teinte jaune paille. Elle perd du sang depuis quinze jours : en 24 heures, elle salit trois serviettes. On y trouve de nombreux caillots noirs, allongés, et dont l'expulsion provoque des coliques utérines.

Examen des organes génitaux, — Le doigt introduit dans le vagin y constate la présence de caillots, que l'on expulse par une irrigation d'eau boriquée chaude. Rien de spécial à noter de ce côté, si ce n'est une consistance spéciale des parois de ce conduit, mais cette consistance est diffuse et généralisée. Elle n'est point par places comme dans le cancer, du reste elle est bien moins marquée que dans un néoplasme quelconque : elle a l'air d'être fibreuse. Le col utérin est gros, mou : cette mollesse est généralisée à toute l'étendue du col. L'orifice est transversalement dirigée ; il s'étend plus loin du côté gauche que du droit, comme si la commissure gauche avait été déchirée. La pulpe du doigt pénètre facilement dans cet orifice ; la lèvre antérieure est considérablement hypertrophiée, la postérieure l'est aussi, mais beaucoup moins.

Les culs-de-sacs du vagin sont absolument libres : ils ne sont le siège d'aucune douleur, même par une pression modérée.

L'utérus est mobile ainsi qu'on peut s'en rendre compte en imprimant au col des mouvements qu'on peut percevoir avec la main gauche placée sur l'hypogastre. — Ces mouvements sont cependant un peu douloureux.

On n'ose pas pratiquer l'hystérométrie à cause de l'écoulement de sang qui persiste.

Monsieur le docteur Tillaux porte le diagnostic de *métrite interne hémorrhagique.* Il éloigne toute idée de cancer.

Traitement. — Piqûres d'ergotine, 1 gramme 50 cent. par jour.

Injections d'eau très chaude (50° centigr.).

Alimentation légère.

Repos au lit, sur le dos; le bassin élevé au moyen d'un coussin.

8 juin. — Le sang a cessé de couler depuis deux jours.

L'hystéromètre indique 75 millimètres dans le diamètre longitudinal : on peut faire facilement mouvoir l'instrument dans la cavité utérine qui est très dilatée.

La sortie de l'hystéromètre est suivie de quelques gouttes de sang noir puis de douleur provoquée par cette manœuvre. On continue les irrigations d'eau très chaude et on remplace les injections d'ergotine par 1 gramme d'ergot de seigle que la malade prendra dans la journée en deux fois.

Repos au lit.

9 juin. — On n'observe aucun accident inflammatoire à la suite de l'hystérométrie. Pas de pertes de sang. Pas de pelvi-péritonite.

11 juin. — Etat excellent, on cesse tout traitement.

14 juin. — Perte de sang très considérable : elle s'est produite après une selle; la malade a rendu plusieurs caillots assez volumineux, elle a sali trois grandes serviettes. Même traitement que précédemment.

17 juin. — La perte est à peu près arrêtée ; on n'a plus qu'un suintement séreux sanguinolent.

20 juin. — Etat très bon. La malade a faim. Elle est très fatiguée et très animée.

Alimentation assez abondante : poudre de viande dans du

lait et dans du bouillon.

Potion de bood avec 2 grammes d'extrait de quinquina.

27 juin. — Etat excellent. Exeat.

De nouveau, elle rentre à l'hôpital le 10 août suivant.

Depuis quelques jours, elle perd un peu de sang.

Au toucher, le col est gros, mou, un peu douloureux.

Le spéculum montre qu'il est rouge, congestionné : autour de l'orifice du museau de tanche, il existe un semis de points très rouges, légèrement saillants à la surface de la muqueuse et perceptibles au doigt (*follicules enflammés*). Quelques-uns sont érodés et même ulcérés.

Culs-de-sac libres.

Traitement. — Pansements glycérinés dans le col utérin, pour tacher de le décongestionner à l'aide de l'exsudation séreuse que provoque cette subtance. (Saignée blanche).

11 août. — Un peu d'amélioration.

12 août. — Dans la nuit, la malade éprouve un violent accè de suffocation. On court chercher l'interne de garde, et, lorsqu'il arrive, la malade est morte après avoir vomi une grande quantité de sang rouge et spumeux, qui paraît venir du poumon.

Autopsie. — Utérus.. le tissu utérin est ferme, coriace : la coupe est blanchâtre, fibreuse.

On voit, en grande abondance, un tissu de sclérose qui est répandu dans tout l'organe. Cette hypertrophie et cette hyperplasie fibreuses semblent dans l'espèce résulter de l'endométrite chronique dont la malade était atteinte.

Le péritoine qui tapisse l'utérus est peu altéré ; il est épaissi cependant un peu au niveau de la face postérieure de l'organe.

Il faut voir là probablement le résultat d'une ancienne poussée inflammatoire.

La muqueuse utérine est très mince : elle n'a pas plus d'un à trois millimètres d'épaisseur.

Vers le fond de l'utérus, on voit à la surface quelques bourgeons fongueux formés detissu embryonnaire, et qui repré-

sentent les débris de la métrite interne hémorrhagique, dont a souffert la malade.

OBSERVATION, XI

Endométrite fougueuse après la ménuopause chez bune femme oèse et cardiaque :

(Piéchaud, Gazette des Sciences Médicales de Bordeaux, 25 décembre 1892).

Mme X..., âgée de 66 ans, est venue me consulter il y a deux ans, elle avait déjà depuis un certain temps une hémorrhagie utérine, alors que, depuis la ménopause, elle n'avait présenté aucun écoulement. Elle s'inquiétait de l'abondance du sang qui était rouge, vermeil et sans aucun caillot. A l'examen très minutieux que je pratiquai, je ne trouvai rien qu'un utérus un peu volumineux, 10 à 11 centimètres environ. L'hystéromètre paraissait déchirer quelques fongosités, aussi je craignais avoir affaire à un début de néoplasme du corps.

Dans le doute, étant donné l'âge de la malade, je n'hésitai pas à placer un crayon de Dumontpallier au chlorure de zinc. Il n'y eut pas d'escharre, les hémorrhagies disparurent, et, pendant dix mois, la santé resta bonne.

Au bout de ce temps, les hémorrhagies reparurent, et deux mois plus tard la malade revint me trouver. Un nouvel examen fut pratiqué, je ne trouvai rien ; l'utérus avait même diminué de volume. Je plaçai un second crayon de chlorure de zinc. Depuis un an et demi, rien n'a reparu, et la santé générale est excellente.

Il n'y avait donc pas de cancer, mais cette femme avait un peu de vaginite et de l'endométrite fongueuse.

L'examen des urines avait été pratiqué : il n'y avait ni albumine ni sucre; il ne pouvait donc s'agir d'épistaxis utérines qui souvent, chez les femmes âgées, peuvent coïncider avec le début d'une néphrite intérstitielle (Landouzy).

OBSERVATION XII

Endométrite après la ménopause

(Rivière. — Gazette des Sciences Médicales de Bordeaux, 25 décembres 1892).

Mme X... âgée de 77 ans, avait depuis plusieurs mois des pertes de sang très abondantes et odorantes, je croyais à l'existence d'un épithélioma; quand je l'examinai je ne trouvai rien ni dans le col, ni dans le corps de l'utérus. Je pratiquai alors une cautérisation de la muqueuse utérine avec de la glycérine créosotée au 1/3. Ama grande surprise, ce pansement a suffi pour faire disparaître l'hémorrhagie. Depuis la malade va très-bien.

OBSERVATION XIII

Mme X..., âgée de 75 ans, est très grosse; ses règles ont cessé à 47 ans. Il y a deux ans ont apparu de véritables hémorrhagies mensuelles. Malgré le refus d'examen de la part de la malade, je pensai à l'existence d'un fibrane. Enfin, dernièrement, elle a consenti à se laisser examiner, et je n'ai

rien trouvé. Le col est sain, la cavité utérine est saine et saignante.

L'examen utérin ne révèle que de l'endométrite; j'ai essayé chez elle le traitement par la glycérine créosotée, je ne puis encore en connaître le résultat.

OBSERVATION XIV

Métrite hémorrhagique après la ménopause

(Chaleix. — Gazette des Sciences Médicales de Bordeaux, 22 janvier 1893.)

Mme X..., âgée de 60 ans, n'est plus réglée depuis huit ans. Elle a eu de tout temps, mais surtout depuis quelques années, des pertes blanches. Depuis quatre ans, se sont montrées à maintes reprises de fortes métrorrhagies, dont quelques unes ont été d'une extrême intensité. Deux de mes confrères, anciens internes de chirurgie, l'ont examiné autrefois et n'ont rien trouvé qui fit songer à une néoplosie utérine. Cette femme, quoique vigoureusement constituée, est un peu pâle et paraît affaiblie par la dernière métrorrhagie.

L'utérus est petit, mobile en tous sens, le col est sain; le cathétérisme donne 7 centimètres; la muqueuse utérine paraît molle, friable et saigne au moindre contact. J'ai pratiqué la dilation large de l'utérus, le badigeonnage vigoureux de sa cavité à la glycérine créosotée au tiers et des irrigations intro-ucérines chaudes, avec la sonde de Lefour, Les pertes ne se sont pas reproduites et la malade a repris peu à peu ses forces. L'état stationnaire du volume de l'utérus, l'absence de toute production anormale en sa cavité, confirmée par plu-

sieurs examens favorisés par une dilatation large, l'intégrité absolue du col et des tissus voisins que n'aurait pas manqué d'envahir une lésion néoplasique existant depuis si longtemps, me font rejeter toute idée de cancer et me déterminent à attribuer cette métrorrhagie à de l'endométrite.

OBSERVATION XV

Métrite hémorrhagique après la ménopause

(LEFOUR. — Gazette des Sciences Médicales de Bordeaux, 22 janvier 1893.

Mme X..., âgée de 58 ans, n'était plus réglée depuis onze ans; elle avait eu un enfant à l'âge de 22 ans. L'accouchement très laborieux avait nécessité une application de forceps, et il en était résulté une bride cicatricielle du vagin qui portait l'utérus en avant. Cette femme vint me consulter pour des métrorrhagies. Son utérus, déjà sénile, était assez mobile, le cathétérisme très facile, il n'y avait aucune tumeur. Je prescrivis des injections vaginales d'eau chaude et de l'ergotine. Pas d'amélioration. Un an environ après, je fus obligé de pratiquer un curage. Je ne trouvai qu'une muqueuse rudimentrire, une transformation analogue à celle que décrit Delbet.

L'hémorrhagie est actuellement disparue définitivement la malade est aujourd'hui en très bonne santé.

CONCLUSIONS

1° A un âge où l'utérus cesse de vivre pour ainsi dire, il peut encore être le siège de lésions inflammatoires.

2° Bien que ce soit l'époque de la vie où se développent le plus souvent les affections organiques, alors même que les symptômes qui se manifestent, écoulements leucorrhéiques et hémorrhagiques, semblent devoir être attribués à ces maladies, il faut songer à l'endométrite chronique.

3° Une fois que le clinicien a établi le diagnostic *d'endométrite de la ménopause,* il doit savoir le mode de traitement à employer.

4° De tous les traitements qui ont été indiqués pour combattre les endométrites de la ménopause, celui qui

a réussi à mon père et notre maître, M. le professeur Duret, est le *curettage de l'utérus*. Nos observations inédites et personnelles en font foi.

Accepté :

Pour la Présidence de la Thèse,

TARNIER.

Vu :

Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

Imprimerie des Thèses de Médecine